



**REGIONE CAMPANIA**

**PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE**

**2010-2012**

## INDICE

IL QUADRO STRATEGICO DEL P.R.P. ....	5
1. Il contesto epidemiologico regionale .....	7
2. Le azioni strategiche .....	66
IL PIANO OPERATIVO .....	69
1. La medicina predittiva .....	70
1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia (utilizzo “Carta del rischio Cardiovascolare”) .....	70
Progetto 1: Utilizzo delle carte del rischio cardiovascolare (Quadro d’Insieme n° 1.1.1) .....	70
2. La prevenzione universale.....	74
2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale.....	74
Progetto 1: Moltiplicatori dell’azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali (riportato nel Quadro d’Insieme con n° 2.1.1) .....	74
2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate .....	79
Progetto 2: Prevenzione delle patologie lavoro correlate (Quadro d’Insieme n° 2.2.1).....	79
Progetto 3: Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo (Quadro d’Insieme n° 2.2.2).....	81
2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico.....	84
Progetto 4: Prevenzione degli incidenti domestici negli anziani attraverso la promozione dell’attività fisica mediante i gruppi di cammino e la ginnastica dolce (Quadro d’Insieme n° 2.3.1).....	84
Progetto 5: Prevenzione degli incidenti domestici in età infantile 0-4 anni (Quadro d’Insieme n° 2.3.2).....	87
Progetto 6: La prevenzione degli incidenti domestici nella scuola primaria e secondaria di I grado (Quadro d’Insieme n° 2.3.3) .....	93
2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione.....	96
Progetto 7: Aumentare la copertura vaccinale attraverso il miglioramento dell’anagrafe vaccinale, la maggiore accessibilità per i gruppi a rischio e la realizzazione di programmi informativi per la popolazione (Quadro d’Insieme n° 2.4.1).....	96
2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria .....	100
Progetto 8: Riduzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria (Quadro d’Insieme n° 2.5.1) .....	100
2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni .....	112
Progetto 9: Se...sso non sarà mai per caso: un programma di promozione alla sessualità responsabile nella scuola superiore (Quadro d’Insieme n° 2.6.1).....	112
Progetto 10: Controllo e riduzione della echinococcosi/idatidosi nelle popolazioni animali e prevenzione della patologia umana correlata (Quadro d’Insieme n° 2.6.2) .....	120

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

---

Progetto 11: Malattie infettive trasmissibili sessualmente con particolare riferimento all'infezione da HIV (Quadro d'Insieme n° 2.6.3) .....	132
Progetto 12: Miglioramento e razionalizzazione nella gestione della malattia tubercolare, attraverso una più efficace gestione dei flussi informativi, della gestione dei malati e dei contatti. (Quadro d'Insieme n° 2.6.4) .....	137
2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici .....	143
Progetto 13: Implementazione del sistema REACH-CLP per la tutela della salute umana Quadro d'Insieme n° 2.7.1) .....	143
Progetto 14: Implementazione e messa a regime delle azioni per il monitoraggio epidemiologico e per la valorizzazione delle fonti informative ambiente-salute relativamente ai processi di raccolta, trasformazione e smaltimento dei rifiuti nella Regione Campania (Quadro d'Insieme n° 2.7.2) .....	153
2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano .....	157
Progetto 15: La comunicazione del rischio in sicurezza alimentare: un passo importante verso la prevenzione (Quadro d'Insieme n° 2.8.1) .....	157
2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze) .....	167
Progetto 16: Comunicazione integrata dei dati delle sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini (Quadro d'Insieme n° 2.9.1) .....	167
Progetto 17: Progetto sperimentale relativo alla messa a punto di un sistema di sorveglianza su alcuni indicatori di salute nei primi due anni di vita del bambino, attraverso l'utilizzo del sistema informativo dei centri vaccinali di distretto (Quadro d'Insieme n° 2.9.2) .....	172
Progetto 18: Promozione dell'Attività Fisica, della Corretta Alimentazione e di altri stili di vita salutari: Guadagnare Salute nel bambino nell'età della scuola primaria (Quadro d'Insieme n° 2.9.3) .....	176
Progetto 19: Promozione dell'Attività Fisica, della Corretta Alimentazione e di altri stili di vita salutari: Guadagnare Salute nel bambino nell'età della scuola secondaria di I grado (Quadro d'Insieme n° 2.9.4) .....	184
Progetto 20: Promozione del Benessere Psicologico attraverso la peer-education (Quadro d'Insieme n° 2.9.5) .....	191
Progetto 21: Prevenzione dei danni epatici (intossicazione alcolica, epatite alcolica, steatosi epatica, cirrosi) derivanti dall'eccessivo consumo di bevande alcoliche fra i giovani della Regione Campania (Quadro d'Insieme n° 2.9.6) .....	195
Progetto 22: Promozione di stili di vita salutari nella popolazione giovane-adulta: guadagnare salute nutrendosi meglio, muovendosi di più, non fumando e consumando alcol con moderazione (Quadro d'Insieme n° 2.9.7) .....	198
Progetto 23: Prevenzione dell'obesità e delle comorbidità associate in Campania mediante la gestione integrata del paziente a rischi (Quadro d'Insieme n° 2.9.8) .....	206
Progetto 24: Piedibus: muoversi in sicurezza (Quadro d'Insieme n° 2.9.9) .....	213
Progetto 25: Prevenzione delle patologie da carenza alimentare di iodio (Quadro d'Insieme n° 2.9.10) .....	216
Progetto 26: Monitoraggio ed intervento sulla popolazione a rischio ai fini della prevenzione e riduzione della carenza iodica in Campania (Quadro d'Insieme n° 2.9.11) .....	219
Progetto 27: Prevenzione della dipendenza da gioco d'azzardo (Quadro d'Insieme n° 2.9.12) .....	226
3. La prevenzione della popolazione a rischio .....	229
3.1 Tumori e screening .....	229
Progetto 1: Organizzazione e implementazione dello Screening del cancro del colon-retto in Campania (Quadro d'Insieme n° 3.1.1) .....	229

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

---

Progetto 2: Macroarea 3. Prevenzione della Popolazione a Rischio. Riorganizzazione e implementazione del Programma di Screening per la diagnosi precoce del cancro della mammella mediante mammografia offerta con cadenza biennale alle donne di età compresa tra 50-69 anni. (Quadro d'Insieme n° 3.1.2) .....	233
Progetto 3: Macroarea 3. Prevenzione della Popolazione a Rischio. Riorganizzazione e implementazione del Programma di Screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del cancro della cervice uterina mediante esecuzione di esame colpo citologico (Pap-Test) offerto con cadenza triennale alla popolazione femminile di età compresa tra 25 e 65 anni (Quadro d'Insieme n° 3.1.3) .....	236
Progetto 4: Piano di fattibilità per la realizzazione della rete regionale di registrazione oncologica (Quadro d'Insieme n° 3.1.4) .....	240
3.2 Le malattie cardiovascolari.....	247
Progetto 5: Prevenzione delle recidive nei soggetti con precedenti accidenti cardiovascolari acuti (Quadro d'Insieme n° 3.2.1.) .....	247
3.3 Il diabete .....	252
Progetto 6: Prevenzione delle complicanze del diabete attraverso l'attuazione del disease management (Quadro d'Insieme n° 3.3.1) .....	252
Progetto 7: Prevenzione complicanze del diabete: percorso educativo assistenziale per la prevenzione del Piede Diabetico (Quadro d'Insieme n° 3.3.1.1) .....	263
3.4 Le malattie respiratorie croniche .....	265
Progetto 8: Prevenzione della diffusione dei fattori di rischio per patologia respiratoria cronica: un progetto sperimentale caratterizzato dalla misurazione mediante metodi analitici dell'esposizione al fumo di sigaretta (Quadro d'Insieme n° 3.4.1) .....	265
3.5 Le patologie orali.....	268
Progetto 9: Progetto di prevenzione delle patologie odontoiatriche nelle donne in gravidanza: “un regalo per la vita tua e del tuo bambino” (Quadro d'Insieme 3.5.1 .....	268
Progetto 10: Progetto di prevenzione delle patologie odontoiatriche in età evolutiva (Quadro d'Insieme n° 3.5.2) .....	276
Progetto 11: Progetto di prevenzione delle patologie odontoiatriche in età adulta ed anziana (Quadro d'Insieme 3.5.3) .....	284
3.6 I disturbi psichiatrici.....	290
Progetto 12: Contrasto ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in età evolutiva: interventi di prevenzione finalizzati ad una tempestiva e adeguata identificazione e presa in carico dei casi a rischio (Quadro d'Insieme n° 3.6.1) .....	290
Progetto 13: Prevenzione delle depressioni e del suicidio (Quadro d'Insieme n° 3.6.2) .....	294
4. La prevenzione delle complicanze e recidive di malattia.....	297
4.1 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza .....	297
Progetto 1: Sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano (Quadro d'Insieme n° 4.1.1) .....	297

## **IL QUADRO STRATEGICO DEL P.R.P.**

Il quadro strategico in cui si colloca il Piano Regionale della Prevenzione della Campania tiene conto dell'evidenza che le diverse condizioni di salute e cause di morte sono correlate a condizioni di vita corrispondenti a livelli di benessere e condizioni di salute differenti.

In particolare esiste un nesso scientificamente dimostrato tra le condizioni di salute e le condizioni socioeconomiche, nella loro espressione concreta di livelli di istruzione, reddito e professione.

Le condizioni di salute della popolazione e degli individui sono il risultato, quindi dell'azione dell'intera società e quindi dell'influenza di altri soggetti, al di fuori della Sanità, da cui nasce la necessità di una efficace collaborazione fra tutte le componenti della società la cui azione, direttamente o indirettamente, incida sulla salute.

Da queste considerazioni nascono i valori e i principi ispiratori delle strategie regionali nel campo della programmazione sanitaria e, quindi, anche della prevenzione: l'equità, l'integrazione e la partecipazione.

I problemi di salute oggi prevalenti nella popolazione, tenuto anche conto del peso rilevante assunto dal problema delle disuguaglianze in ambito inter- e intra-regionale, richiedono spesso interventi di prevenzione radicalmente diversi e più estesi rispetto al tradizionale ambito di attività dei servizi di prevenzione.

I principali problemi di salute richiedono lo sviluppo di vere e proprie politiche di prevenzione nel cui impianto i servizi di prevenzione devono certamente avere un ruolo fondamentale (di promozione, di sostegno, di valutazione), ma che richiedono l'azione integrata di molti soggetti (istituzionali e non) nella collaborazione con i quali gli attuali servizi hanno sporadica consuetudine e non sempre adeguata preparazione.

Tuttavia, allo stato attuale, le attività di prevenzione presentano numerose criticità che possono prospettare preoccupanti segnali di crisi.

Primo problema da considerare tra tali criticità è sicuramente quello delle scarse risorse destinate alla prevenzione.

Negli ultimi decenni il rilevante incremento dei costi generati dall'evoluzione tecnologica e dallo sviluppo di farmaci innovativi ha indotto sempre più a considerare la prevenzione come strumento efficace per cercare di garantire la sostenibilità futura del sistema sanitario.

Tuttavia la prevenzione e la promozione della salute restano ambiti di attività particolarmente limitati, cui sono indirizzate quote minime di risorse e in cui spesso non sono stati realizzati investimenti adeguati in termini di personale, tecnologia e formazione.

La prevenzione richiede l'organizzazione di attività per la riduzione dei rischi sanitari e di interventi di popolazione finalizzati a tutelare gruppi sociali svantaggiati; richiede di investire risorse in vista di vantaggi futuri non immediatamente percepibili, di modificare comportamenti e stili di vita.

Un altro punto di criticità è legato alla attuale frammentazione che contraddistingue l'organizzazione delle attività di prevenzione; tutto ciò, nonostante l'esistenza del Dipartimento di Prevenzione, che in teoria dovrebbe funzionare come una sorta di "cabina di regia" per l'attuazione e la valutazione di tali azioni in ambito aziendale.

Solo una parte viene esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai servizi di prevenzione, mentre interi segmenti (come ad esempio gli interventi di prevenzione secondaria) sono in genere aggregati a servizi clinici di diagnosi e cura che agiscono per lo più separatamente senza rapportarsi con i servizi di prevenzione.

Infine, altre rilevanti criticità sono da riferire alla attuale organizzazione del Dipartimento di Prevenzione (DP): infatti il DP, nella sua attuale configurazione, agisce come una sorta di confederazione di servizi autonomi e non come una unità organizzativa integrata.

Permane, nell'organizzazione e nella gestione, la logica dell'adempimento agli obblighi di legge che ha prodotto rigidità strutturali e procedurali, impedendo spesso una corretta valutazione ordinale dei rischi, essenziale ai fini della definizione delle priorità operative.

L'organizzazione del lavoro "per obiettivi" non costituisce ancora la pratica prevalente e viene spesso utilizzata solo per progetti "speciali" e "aggiuntivi" che, pur essendo importanti, non influenzano il funzionamento ordinario della macchina organizzativa e non producono integrazione reale e permanente.

È quindi auspicabile che il DP assuma sempre più un ruolo legato al contributo di analisi, lettura e prioritizzazione degli interventi non solo sanitari, ma dell'ambiente socio-economico generale che hanno rilevanza per lo stato di salute, a fianco di quello più tradizionale di erogatore di servizi specifici per il mantenimento della salute nel campo delle malattie infettive e dell'ambiente di vita e di lavoro.

## 1. IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE

### Le fonti informative e i dati disponibili utilizzati

Per la definizione del contesto epidemiologico regionale sono state utilizzate le fonti di dati di seguito elencate:

### Sistemi di Sorveglianza sugli stili di vita

- PASSI d'Argento
- PASSI
- OKkio alla Salute
- Health Behaviour School-aged Children (HBSC)

### Altre fonti

- Istat, "Annuario statistico italiano 2007"
- Istat, Statistiche sulla popolazione "demo" (<http://demo.istat.it/>)
- Ministero della Salute, "Relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006"
- Istat, "14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni (2001)"
- *Health for All* – Italia, sistema informativo territoriale su sanità e salute
- Sistema di Gestione Informatizzata del Settore Alimentare (GISA)
- Osservatorio Regionale Sicurezza Alimentare (ORSA)
- Banca Dati Nazionale dell'Anagrafe Zootechnica Nazionale (BDN)
- Osservatorio Epidemiologico Veterinario della Regione Campania (OEV)

### La salute della popolazione campana

#### *La percezione della salute*

Numerosi studi hanno mostrato che lo stato di salute percepito dalle persone è strettamente correlato alla mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito è anche associato alla presenza delle più frequenti malattie croniche ed ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

Ci sono diversi metodi per misurare la percezione della salute. Il metodo usato da *PASSI* è quello dei "giorni in salute" che misura la percezione del benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni per motivi fisici e/o mentali. Seguono i principali risultati relativi ai cittadini campani.

#### *Sensazione di come si sta in salute*

il 65% degli intervistati ha risposto di sentirsi bene o molto bene, mentre il 29% ha risposto di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 6% di stare male/molto male.

In particolare si dichiarano meno soddisfatti della loro salute e dichiarano una condizione discreta o cattiva:

- Persone sopra i 50 anni (56%)
- Donne (40%)
- Persone con istruzione elementare (61%)
- Persone con molte difficoltà economiche (56%) e, soprattutto,
- Persone con patologie severe (63%)

Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale; solo i valori delle ASL AV 1 e NA5 si mostrano, rispettivamente, inferiore e superiore in modo statisticamente significativo (range dal 55% di AV 1 all'89% della NA 5).

#### *Giorni di cattiva salute e limitazioni alle normali attività*

La maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene negli ultimi 30 giorni:

- 60% in buona salute fisica
- 69% in buona salute psicologica
- 79% senza alcuna limitazione delle attività abituali.

Il 7% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, l'8% per motivi psicologici e solo il 4% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica per più di 14 giorni in un mese.

Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici, e sono più limitate nelle loro abituali attività.

#### *Persone con sintomi di depressione*

In Campania il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione. Una percentuale identica a quella media delle ASL partecipanti al PASSI.

I sintomi di depressione non si distribuiscono in modo uniforme nella popolazione. Più colpiti sono:

- le donne (11%) riportano questi sintomi con una frequenza quasi doppia rispetto agli uomini
- le persone con livello di istruzione elementare (17%)
- le persone con molte difficoltà economiche (23%)
- le persone senza un lavoro regolare (12%) e
- le persone con almeno una malattia cronica (22%).

La percezione dello stato di salute delle persone che riferiscono sintomi di depressione è, come era da aspettarsi, peggiore: il 70% riferisce che il proprio stato di salute non è buono.

In media le persone con sintomi di depressione, nell'ultimo mese, riferiscono di aver avuto

- ben 10 giorni in cattiva salute per motivi fisici, contro i 2 degli altri
- ben 15 giorni in cattiva salute per motivi psicologici, contro i 2 degli altri
- ben 7 giorni con limitazioni delle attività quotidiane contro l'unico giorno degli altri senza sintomi di depressione.

I sintomi di depressione sono frequenti in Campania perché riguardano quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, le persone con malattie croniche, chi ha difficoltà economiche e chi non lavora. Questi sintomi influenzano negativamente la sensazione di benessere psicofisico, con limitazioni significative delle normali attività.

Si crea un circolo vizioso in cui: scarsa istruzione e situazione socio economica abbassano il senso di benessere psico-fisico, inducono sintomi di depressione che riducono lo svolgimento delle normali attività, con conseguenze sulle capacità di migliorare la situazione economica. Questo circolo vizioso illumina la relazione reciproca tra prosperità economica della comunità e salute.

D'altra parte, anche se il dolore mentale è preferibilmente nascosto e si ha difficoltà a richiedere aiuto, un significativo 32% ha fiducia nel medico di famiglia e negli operatori sanitari e si rivolge loro per aiuto, mentre gli ammalati cronici dichiarano più facilmente sintomi depressivi.



Queste associazioni gettano luce sul ruolo essenziale che il servizio sanitario, assieme alla famiglia, svolge per sostenere le persone sul piano emotivo e favorire il loro ruolo attivo nella comunità, una delle sfide attuali e future del servizio sanitario della Campania.

#### *Percezione della salute in età evolutiva*

Il Sistema di Sorveglianza HBSC, basato su dati riferiti dagli adolescenti di 11,13 e 15 anni, ci fornisce un quadro interessante su come i ragazzi e le ragazze percepiscono la propria salute: in entrambi i sessi e ugualmente in Campania come in Italia, più di 9 adolescenti su 10 giudicano la propria salute come buona-eccellente; solo tra le ragazze quindicenni si osserva, rispettivamente tra le campane e le italiane, una lieve riduzione di tale percezione rispettivamente nell'87% e 85% dei casi.

#### *Gli stili di vita*

##### *Attività fisica e sedentarietà - Adulti*

La scarsa attività fisica è un fattore di rischio indipendente per diabete, malattie cardiovascolari, obesità, osteoporosi e sintomi di depressione. Nelle persone che soffrono di artrosi e nella terza età, l'inattività fisica aumenta fortemente il rischio di disabilità. Sebbene gli esperti abbiano stimato che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità, per tutte le cause, di circa il 10%, lo stile di vita sedentario è in aumento nei paesi sviluppati.

Esistono prove scientifiche del fatto che alcuni interventi sono in grado di aumentare la pratica dell'attività fisica e migliorare la forma fisica: le campagne di informazione rivolte alla comunità, i suggerimenti ad incoraggiare l'uso delle scale, l'attivazione di programmi individuali per il cambiamento dei comportamenti correlati alla salute, gli interventi organizzativi e di pianificazione urbana (aree verdi attrezzate, piste ciclabili, percorsi pedonali). Tra questi interventi, PASSI rileva i suggerimenti degli operatori sanitari.

- Il 28% degli adulti svolge attività fisica in misura adeguata a mantenersi in salute, o perché fa un lavoro pesante o perché pratica esercizio fisico
- Il 28% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in misura insufficiente
- Il 44% è completamente sedentario
- La sedentarietà aumenta con l'età ed è più frequente tra le persone meno istruite e tra quelle con molte difficoltà economiche, che risultano essere i più sedentari
- Gli assistiti delle ASL della Campania hanno, assieme a quelli della Sicilia, riportato i valori più elevati di sedentarietà (44% contro una media nazionale pari al 28%)
- Il problema è particolarmente accentuato nelle ASL di Afragola, Acerra, Castellammare di Stabia ed in quella di Sarno – Nocera, mentre è meno importante nelle ASL di Avellino, Benevento, Salerno e nell'ASL di Vallo della Lucania.

E' importante notare che sia le persone parzialmente attive, che -anche se in misura inferiore- i sedentari, spesso non sono consapevoli del fatto che si muovono troppo poco. In questo, possono giocare un ruolo efficace gli operatori sanitari che possono aumentare il grado di consapevolezza, se essi stessi riconoscono il valore dell'attività fisica nel mantenere lo stato di salute. Purtroppo, però, solo il 25% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 22% dei casi.

Concludendo, il fatto che nelle ASL della nostra regione il 72% degli assistiti adulti svolga attività fisica in misura insufficiente e che vantiamo i livelli di sedentarietà più elevati d'Italia è un problema per lo stato di salute, più grave tra le persone anziane, poco istruite e più povere. Le persone fisicamente poco attive o inattive spesso non sono consapevoli della loro situazione e l'attenzione dei medici è ancora

scarsa. Molti miglioramenti sono possibili. L'attenzione e il consiglio del medico, che sono efficaci nel modificare lo stile di vita sedentario, dovrebbero essere esercitati con maggiore frequenza e fiducia.

#### *Attività fisica e sedentarietà – Età evolutiva*

I bambini campani, al pari dei loro genitori adulti, si caratterizzano per una vita sedentaria: sono meno spesso (69%) "fisicamente attivi" rispetto ai loro coetanei italiani (74%), giocano meno spesso all'aperto rispetto a questi ultimi (rispettivamente nel 48% e 55% dei casi).

D'altra parte, avendo 3 bambini su 4 la televisione nella propria stanza, contro un dato nazionale pari a 2 su 4, con tutte le conseguenze associate ad una tale "comodità", non ci si poteva attendere di meglio.

Relativamente alla percezione da parte della madri dell'attività fisica svolta dai bambini, poi, si apprezza come all'interno dei bambini classificati come "non attivi", il 40% delle loro madri ritiene essi svolgano una sufficiente attività fisica, e, addirittura, il 5% ritiene che il figlio svolga molta attività.

Il Sistema di Sorveglianza HBSC (anno 2010), inoltre, relativamente alla sedentarietà, ci restituisce alcune importanti informazioni: i quindicenni campani, rispetto ai loro coetanei italiani, spendono  $\geq 2$  ore/giorno al computer o playstation rispettivamente nel 51% e nel 39% dei casi; lo stesso accade per le ragazze della stessa età che spendono al PC/playstation  $\geq 2$  ore/giorno nel 34% dei casi rispetto al 26% delle coetanee italiane.

#### *Fumo*

E' il principale fattore di rischio di malattie croniche non trasmissibili, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie, cancro. Si tratta del maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità.

La sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. L'attenzione e il consiglio di smettere di fumare, da parte del medico, aumenta la probabilità che il fumatore smetta.

In Campania tra i 18 e i 69 anni:

- I fumatori sono il 33%
- I fumatori in astensione lo 0,8%.
- Gli ex fumatori il 13%,
- I non fumatori sono il 54%
- Ci sono più fumatori tra i soggetti di sesso maschile, tra gli adulti tra 25 e 49 anni, tra persone con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche.

Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il 31%, gli ex fumatori il 19%. La Campania si conferma una delle regioni con elevata percentuale di fumatori: il problema è maggiore nell'ASL di Napoli e in quelle a ridosso, come Afragola.

Fra i fumatori che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, il 65% ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo; nella maggior parte dei casi, il medico consiglia di mettere nel momento i cui c'è un problema di salute. Più di un fumatore su 3 (il 36%) ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno: tra questi ultimi, il 94% ha provato a smettere senza alcun ausilio. Fra gli ex fumatori il 98% ha smesso di fumare da solo. Appena lo 0.3% riferisce di aver fruito di servizi di disassuefazione dell'ASL e solo l'1% ha fatto uso di farmaci per smettere di fumare.

In Campania fuma un adulto su 3. Le ASL possono fare molto di più: i medici sono tolleranti con il fumo e consigliano di smettere prevalentemente in presenza di un problema di salute, mentre esiste una chiara

evidenza che il fumo in se è un serio problema di salute, oltre ad essere classificato come dipendenza patologica. I fumatori campani cercano di smettere ma non ci riescono anche perché l'utilizzo di ausili che sono efficaci è molto basso e la rete di servizi di disassuefazione non è utilizzata. Le AASSLL, inoltre, collaborando con le agenzie educative, dovrebbero avviare o potenziare programmi di contrasto all'iniziazione al fumo, al fumo in gravidanza e quelli per la disassuefazione.

#### *Fumo - Età evolutiva*

HBSC ci restituisce dati interessanti anche sull'abitudine al fumo degli adolescenti: tra i ragazzi quindicenni campani si fuma  $\geq 1$  volta a settimana nel 15% dei casi (Italia 19%), mentre tra le ragazze della stessa età ciò si verifica nel 14% dei casi (Italia 20%). Anche tra i tredicenni campani si apprezza un'incipiente abitudine al fumo: ragazzi e ragazze fumano, rispettivamente, nel 4% e nel 2% dei casi.

#### *Fumo passivo*

Rappresenta la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza, inoltre, si associa ad un maggior rischio di basso peso alla nascita e di morte improvvisa del lattante. L'esposizione al fumo passivo nell'infanzia si associa a otite media, asma, bronchite e polmonite, mentre in età adulta aumenta il rischio di malattie ischemiche cardiache, ictus, cancro del polmone.

Lo studio PASSI ci fornisce informazioni preziose: gli intervistati campani riferiscono, nel 71% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre (il dato nazionale è 84%); il 29% di essi, inoltre, dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente (il dato nazionale è 16%). Sul luogo di lavoro, inoltre, il divieto di fumare è rispettato nell'80% dei casi (dato nazionale: 85%). Soltanto il 66% degli intervistati, infine, dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni.

La regione Campania ha il primato in Italia per indicatori di mancata osservanza del divieto di fumo nei luoghi pubblici. E' necessario dare un forte impulso alle azioni per il rispetto della legge, in tal senso possono operare le Aziende Sanitarie, con i loro Dipartimenti di Prevenzione, per piani di vigilanza e di promozione del rispetto formale e sostanziale dei divieti. Il fatto che nel 34% delle case si fumi è un evento non modificabile con interventi repressivi e dovrebbe indurre a mettere in essere attività di comunicazione, rivolte in particolare ai genitori.

#### *Stato nutrizionale - Adulti*

In accordo a dati riferiti dai cittadini campani (PASSI), il 47% di essi è affetto da un eccesso ponderale, ovvero il 35% da sovrappeso ed il 12% da obesità. L'eccesso ponderale aumenta con l'aumentare dell'età; è maggiore negli uomini rispetto alle donne (rispettivamente 54% e 39%) e nelle persone con basso livello di istruzione. Rispetto al dato nazionale di sovrappeso ed obesità rispettivamente pari al 31% e 11%, la Campania mostra uno dei più alti livelli nazionali.

La percezione del proprio stato ponderale, in Campania così come anche in Italia, è modesta: tra i sovrappeso, più della metà giudica il proprio peso come adeguato. Inoltre, sia gli obesi che i sovrappeso, nella maggioranza dei casi, giudicano la propria alimentazione abbastanza o completamente sana.

Gli operatori sanitari campani, rispetto a quelli di altre regioni, non sembrano essere particolarmente attenti al problema nutrizionale dei cittadini: in Campania solo il 50% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare, hanno ricevuto questo consiglio il 42% (Italia 79%) delle persone in sovrappeso e il 73% (Italia 95%) delle persone obese. Solo il 26% delle persone campane in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario, mentre in Italia ciò avviene nel 57% dei casi.

L'eccesso ponderale rappresenta il secondo principale rischio modificabile per la salute in Campania ed è un problema prioritario di salute pubblica. Le persone sovrappeso frequentemente sottovalutano la loro condizione e gli operatori sanitari non attribuiscono ancora ad un alterato stato nutrizionale l'attenzione necessaria.

#### *Stato nutrizionale – Età evolutiva*

Il Sistema di Sorveglianza OKkio alla Salute (2008) riconosce alla Campania la maglia nera in quanto a sovrappeso ed obesità infantile, rispettivamente pari al 28% e 21% (Italia: 24% e 12%).

Com'è ovvio che sia, tali livelli di eccesso ponderale si associano a stili di vita fortemente favorevoli tale stato: i bambini campani, rispetto ai valori medi nazionali, fanno meno spesso una colazione mattutina adeguata, fanno spuntini assolutamente inadeguati ed ipercalorici.

Considerando, poi, l'alta prevalenza tra i bambini campani di obesità grave (> 99° centile, standard who) e, ancora, che in Campania è presente la proporzione di popolazione < 14 anni più alta del Paese, emerge come -in termini assoluti- tra tutti i bambini italiani affetti da obesità grave 1 su 3 risiede nella nostra regione. Alla luce dell'alto rischio di mantenere un tale livello di eccesso ponderale nelle età successive e considerando il rischio delle ben note comorbidità associate a tali livelli di sovrappeso, è legittimo ipotizzare che, nei prossimi anni, la fascia di popolazione giovane-adulta campana dovrà sopportare un carico di patologie metaboliche e cardio-vascolari senza precedenti.

Relativamente alla corretta percezione dello stato nutrizionale del proprio figlio quando è in sovrappeso, solo il 42% delle madri riesce ad apprezzarne l'entità contro un dato nazionale pari al 51%.

Un altro aspetto, altrettanto importante, riguarda l'impegno della scuola nel proporre attività salutari ai propri alunni: rispetto al resto del Paese, le scuole primarie campane hanno una mensa nel 48% dei casi (Italia 64%), distribuiscono alimenti salutari nel 3% dei casi (Italia 12%), svolgono le 2 ore di attività motoria curricolare nel 61% dei casi (Italia 71%).

#### *Consumi di frutta e verdura - Adulti*

Un cittadino campano su 2 assume frutta o verdura almeno una volta al giorno, mentre 1 su 3 ne assume 3-4 porzioni al giorno: solo il 7% (Italia 10%) degli intervistati aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta o verdura.

#### *Consumi di frutta e verdura - Età evolutiva*

Come avviene nel resto del Paese, OKkio alla Salute ci informa sul fatto che solo 2 bambini campani su 100 assumono quotidianamente almeno 5 porzioni di frutta o verdura; non ci si poteva attendere una situazione migliore considerato lo stile alimentare degli adulti.

HBSC, invece, che ci fornisce informazioni sugli adolescenti, ci mostra come il consumo di frutta diminuisca con l'aumentare dell'età: tra i ragazzi di 11 e 15 anni si consuma quotidianamente frutta, rispettivamente, nel 44% e 30% dei casi. Lo stesso si verifica tra le ragazze, rispettivamente nel 49% e 38% dei casi. Un simile trend lo si osserva anche tra gli altri ragazzi italiani. Relativamente al consumo quotidiano di verdura, invece, tale abitudine è stabile tra gli 11 ed i 15 anni, attestandosi tra il 12% e 16%, ma è quasi la metà di quanto avviene tra gli adolescenti italiani.

#### *Consumo di alcol - Adulti*

L'alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani: è una sostanza potenzialmente cancerogena e di provata tossicità. L'OMS stima

che ogni anno siano, direttamente o indirettamente, attribuibili al consumo di alcol: il 10% di tutte le malattie, il 10% di tutti i tumori ed il 63% delle cirrosi epatiche.

L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per sé stessi e per gli altri (quali guida pericolosa di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza).

A tale proposito, secondo l'OMS, il 41% degli omicidi, il 45% di tutti gli incidenti ed il 9% delle invalidità sarebbero attribuibili all'abuso di alcol. L'alcol è inoltre capace di indurre dipendenza ed è considerato, assieme al fumo, una "porta d'ingresso" verso il consumo di sostanze d'abuso.

L'abuso di alcol in Campania, pur mostrando valori meno preoccupanti rispetto alla media nazionale, è un problema che non va sottovalutato: la percentuale di assistiti campani che riferisce di aver bevuto, nell'ultimo mese, almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è il 47% (Italia 61%). Gli uomini bevono più spesso delle donne, rispettivamente nel 60% e 40% dei casi, e quasi un bevitore su 2 beve prevalentemente nei fine settimana.

Il 6% degli adulti assistiti dalle ASL Campane (Italia 16%) sono bevitori a rischio per uno o più dei seguenti comportamenti:

- aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto (3%).
- aver bevuto, nell'ultimo mese, almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione (3%).
- Bere più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne (1%).

L'attenzione degli operatori sanitari verso il problema "alcol" è certamente migliorabile: tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, il 2% ha ricevuto il consiglio di bere meno, ed in particolare:

- il 12% tra i bevitori "a rischio"
- il 18% tra i bevitori binge
- il 6% tra quelli che bevono fuori pasto
- il 31% tra i forti bevitori.

In Campania circa metà della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche ed il 6% ha abitudini di consumo considerate a rischio. Gli operatori sanitari raramente si informano sulle abitudini dei loro assistiti e consigliano di moderare l'uso solo ai forti bevitori, quando forse è già tardi. E' verosimile che i rischi associati all'alcol siano sottovalutati, in parte perché i consumi sono inferiori rispetto ad altre aree dell'Italia, come il nord Italia, in parte perché l'alcol è una componente della nostra tradizione alimentare. Inoltre la Campania è un produttore di vino e le ragioni dell'economia, con l'esigenza di promuovere i prodotti campani, porta gli amministratori e i pianificatori a sottostimare l'effetto dell'alcol sulla salute.

#### *Consumo di alcol – Età evolutiva*

Dati da HBSC ci restituiscono informazioni da non sottovalutare: all'età di 13 anni si è ubriacato  $\geq 2$  volte il 4% dei ragazzi (Italia 4%) ed il 2% delle ragazze (Italia 4%); a 15 anni, ciò si è già verificato nel 14% dei ragazzi (Italia 20%) e nel 7% delle ragazze (Italia 12%).

#### *Controllo dell'Ipertensione arteriosa*

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare di malattie frequenti, gravi e invalidanti o mortali quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale. Si stima che trattare le complicanze dell'ipertensione costa circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi. D'altra parte, l'ipertensione è associata a fattori modificabili come il contenuto di sale della dieta,

l'obesità e l'attività fisica, per cui la frequenza di ipertensione è riducibile sia con interventi su questi fattori che con il controllo medico e farmacologico.

In Campania il 21% degli adulti tra 18 e 69 anni assistiti dalle ASL riferiscono di non aver misurato la pressione arteriosa, o di non ricordarlo, o che la misurazione era avvenuta più di due anni prima. La percentuale di non controllati si riduce all'8% tra gli assistiti sopra i 50 anni.

E' importante notare che non ci sono importanti diseguaglianze a danno dei meno istruiti e dei più indigenti.

Tra le ex-13 ASL della Campania ci sono invece notevoli variazioni dal 58% di adulti sotto controllo della ASL di Caserta all'86% della ASL di Napoli.

Nelle ASL partecipanti allo studio PASSI a livello nazionale, invece la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 93%.

In Campania il 20% (Italia 22%) degli intervistati di età 18-69 anni (Studio PASSI) che hanno avuta misurata la PA riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa. Pur non mostrando sensibili differenze tra le AASSLL della regione, la percentuale di persone che riferiscono di essere ipertese aumenta progressivamente con:

- l'aumentare dell'età (fino al 41% sopra i 50 anni)
- l'eccesso di peso corporeo
- la diminuzione del livello di istruzione
- la diminuzione del reddito.

Il 74% degli ipertesi in Campania riferisce di essere in trattamento farmacologico. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico sull'opportunità di modificare alcuni comportamenti in una percentuale dei casi certamente migliorabile: ridurre il consumo di sale (87%), ridurre o mantenere il peso corporeo (76%) e svolgere regolare attività fisica (70%).

### *Controllo del Colesterolo*

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari, sui quali è possibile intervenire efficacemente. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali fumo e ipertensione.

In Campania, il 21% degli assistiti adulti delle ASL, non ha mai controllato il colesterolo (il 9% sopra i 50 anni) Il controllo del colesterolo è più frequente al crescere dell'età, ma non varia molto tra i sessi, e non ci sono forti diseguaglianze per istruzione e reddito Tra le ex-13 ASL della Regione la percentuale di persone che hanno effettuato la misurazione del colesterolo varia dal 58% al 93%, ed è particolarmente bassa nelle ASL di Caserta e Nocera-Sarno; il dato medio nazionale del controllo è pari al 77%, molto simile al dato della nostra regione.

Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 18% ha avuto diagnosi di un eccesso di colesterolemia. L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione, in quelli con molte difficoltà economiche e in quelli con più alto Indice di Massa Corporea. Non si rilevano importanti differenze tra le ASL della Campania (range 15% - 26%).

Tra gli ipercolesterolemici il 33% riferisce di essere in trattamento farmacologico (Italia 25%), mentre il 91% ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, l'83% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 79% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 76% di svolgere regolare attività fisica.

### *Coinvolgimento della popolazione in interventi di prevenzione secondaria: gli screening*

Per quanto riguarda l'adesione ad alcune ben note strategie di prevenzione secondaria, ancora una volta i cittadini campani sembrano essere i meno coinvolti dell'intero Paese, anche tra gli strati sociali più evoluti. Nel 2005, in Campania la percentuale di residenti con più di 40 anni che si è sottoposta a una mammografia in assenza di sintomi è stata pari al 36%: la più bassa d'Italia (media nazionale 56%). Questo valore raggiunge il 48% nelle donne campane con diploma superiore, ma rimane ancora in assoluto il valore nazionale più basso (Italia: 65%).

Il 29% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL (Italia 62%), mentre il 58% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa (Italia 74%). Il 52% ha riferito, infine, di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il mammografia (Italia 59%).

Analogamente per il **Pap-test**: in assenza di sintomi, il 45% delle donne con più di 25 anni si sottopone all'esame, contro la media nazionale del 65%. Anche nelle donne con diploma superiore la percentuale del 50% è sensibilmente inferiore rispetto al dato italiano, che è del 71%.

Il 27% delle donne intervistate con 25 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL (Italia 54%). Il 67% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa, valore quasi identico a quello nazionale, mentre il 52% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test, valore poco al di sotto di quello nazionale (58%).

In Campania l'11% delle persone tra 50 e 69 anni praticano la prevenzione del cancro del colon retto, secondo uno dei due modi raccomandati: il 6% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato (Italia 19%); il 5%, invece, riferisce di aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato (Italia 6%).

Relativamente, poi, al coinvolgimento della popolazione da parte delle AASSLL per la prevenzione secondaria del cancro del colon, il 24% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa, il 15% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto mentre soltanto il 3% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL.

### *Le patologie croniche*

#### *Rischio Cardio-Cerebro-Vascolare*

Le malattie cardiovascolari rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di morte: in particolare in Italia sono responsabili del 44% di tutti i decessi. I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: fumo, diabete, obesità, sedentarietà, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa. Seguono i tassi di attacco per eventi coronarici e cerebro-vascolari. I dati sono stati raccolti nell'ambito del Registro nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari.

Il carico delle malattie cardiovascolari in Italia è da anni uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Gli indicatori disponibili (mortalità, dimissioni ospedaliere, pensioni di invalidità, spesa farmaceutica) evidenziano la gravità dei danni umani, sociali ed economici di quella che resta tra le principali cause di morbilità e mortalità nel nostro Paese. Il dato più rilevante per la salute degli italiani è che negli ultimi 15 anni si sono ridotte le differenze di mortalità tra Nord e Centro-Sud, e che nelle categorie sociali con scolarizzazione e reddito più basso i tassi di mortalità si sono ulteriormente (e negativamente) distanziati da quelli della restante parte della popolazione. In Campania le malattie del

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte ed i tassi standardizzati di mortalità superano in modo rilevante quelli medi italiani (i dati sono riferiti al 2003):

Causa	Campania	Italia
Malattie sistema circolatorio	507,5	438,5
Tumori	257,1	275,6
Malattie apparato respiratorio	71,5	64,6
Traumatismi ed avvelenamenti	33,8	48,2
Malattie apparato digerente	61,2	46,0
Diabete mellito	50,4	30,9
Malattie apparato genito-urinario	18,9	14,2
Cause mal definite	12,2	12,1
Malattie infettive	5,6	6,0
Malformazioni congenite	2,8	2,7
Alcune cause di mortalità perinatale	3,1	2,7
<b>Totale</b>	<b>1.023,9</b>	<b>941,4</b>

tassi di mortalità per causa, standardizzati per età, per 100.000 ab.

Calcolando gli anni di vita potenziale persi (PYLLs) le malattie cardiovascolari compaiono al terzo rango della mortalità ma, nell'insieme, costituiscono il 18% dei PYLLs rispetto ad un valore medio nazionale del 15% circa (dati 2003):

%	% cum	CAMPANIA	Rango	ITALIA	%	% cum
30%	30%	CANCRO	1	CANCRO	30%	30%
7%	37%	INCIDENTE VEICOLO M.	2	INCIDENTE VEICOLO M.	12%	41%
7%	44%	CARDIOPATIE ISCHEMICHE	3	CARDIOPATIE ISCHEMICHE	6%	48%
7%	50%	ALTRE CARDIACHE	4	ALTRE CARDIACHE	6%	53%
6%	56%	ANOMALIE CONGENITE	5	ALTRI INCIDENTI	5%	58%
4%	61%	M. CEREBROVASCOLARI	6	SUICIDIO	5%	63%
4%	64%	ALTRI INCIDENTI	7	ANOMALIE CONGENITE	5%	68%
4%	68%	MAL. CRONICHE FEGATO	8	INFEZIONI HIV	4%	72%
4%	71%	M. NEUROLOGICHE	9	M. CEREBROVASCOLARI	3%	75%
3%	74%	S. DA DISTRESS RESP.	10	MAL. CRONICHE FEGATO	3%	79%

Tra le cause di morte per malattia circolatoria, le malattie cerebrovascolari sono al sesto rango in Campania ed al nono posto in Italia (dati 2003).



REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Tassi st. di morte per 100.000 ab.	IMA	M. Cerebro Vasc.	Totale CV
<b>Italia</b>	<b>130,4</b>	<b>132,9</b>	<b>263,3</b>
<b>Campania</b>	<b>144,3</b>	<b>188,1</b>	<b>332,4</b>
Napoli	167,9	194,2	362,1
Caserta	150,7	210,1	360,8
Salerno	117,6	172,9	290,5
Avellino	115,8	174,4	290,2
<b>Benevento</b>	<b>109,5</b>	<b>176,1</b>	<b>285,6</b>

### Ospedalizzazioni

Anche dal punto di vista assistenziale, per l'assistenza ospedaliera, le malattie circolatorie risultano avere un elevato impatto in Campania costituendo nell'anno 2003 il 12% del totale dei ricoveri ed il 17% degli importi, ma, considerando i soli Ricoveri Ordinari per Acuti, esse raggiungono il 19% dell'intero fatturato DRG della Campania con 363 milioni di Euro. A queste cifre vanno aggiunti altri 9550 ricoveri e 41,4 milioni di euro per la compensazione della mobilità ospedaliera campana in altre Regioni.

Regione Campania - anno 2003 - Totale dei Ricoveri					
Tipo di degenza	dimessi	giorni	DM	importo	IM
Lungodegenza Ordinaria	3.287	180.612	54,9 €	21.564.681,96	€ 6.560,60
Neuropsichiatria Day Hospital	737	6.174	8,4 €	928.031,41	€ 1.259,20
Neuropsichiatria Ordinaria	7.020	280.059	39,9 €	37.338.297,19	€ 5.318,85
Riabilitazione Day Hospital	2.527	31.326	12,4 €	6.366.049,17	€ 2.519,21
Riabilitazione Ordinaria	12.639	405.115	32,1 €	80.678.698,26	€ 6.383,31
Ricoveri Acuti Day Hospital	339.451	832.401	2,5 €	275.166.713,90	€ 810,62
Ricoveri Acuti Ordinari	875.169	4.709.486	5,4 €	1.910.657.163,00	€ 2.183,19
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.240.830</b>	<b>6.445.173</b>	<b>5,2 €</b>	<b>2.332.699.635,00</b>	<b>€ 1.879,95</b>

Regione Campania - anno 2003 - Ricoveri in MDC 5: malattie apparato circolatorio					
Tipo di degenza	dimessi	giorni	DM	importo	IM
Lungodegenza Ordinaria	905	38.744	42,8 €	4.661.815,77	€ 5.151,18
Neuropsichiatria Ordinaria	14	321	22,9 €	48.420,32	€ 3.458,59
Riabilitazione Day Hospital	781	5.885	7,5 €	1.311.500,10	€ 1.679,26
Riabilitazione Ordinaria	2.356	43.724	18,6 €	9.489.582,65	€ 4.027,84
Ricoveri Acuti Day Hospital	33.272	75.700	2,3 €	20.953.609,13	€ 629,77
Ricoveri Acuti Ordinari	115.626	670.775	5,8 €	363.411.079,81	€ 3.142,99
<b>Totale complessivo</b>	<b>152.954</b>	<b>835.149</b>	<b>5,5 €</b>	<b>399.876.007,78</b>	<b>€ 2.614,35</b>

Il registro delle malattie cardiovascolari, sistema di sorveglianza degli eventi coronarici e cerebrovascolari, fatali e non fatali, realizzato nella popolazione generale di 35-74 anni d'età residente nell'area della città di Napoli già alla fine degli anni 90, fornisce dati rilevanti per la definizione dei priorità di salute.

In particolare ha già prodotto dati sui tassi di attacco e sulla sopravvivenza di pazienti che hanno subito un evento cardio (ECV) o cerebrovascolare (ACV).

Sopravvivenza nel registro napoletano 1998-99

<b>ECV</b>	<b>totale</b>	<b>% T</b>	<b>% cum</b>
n. eventi	2703		
ricoverati	2180	81%	81%
deceduti fuori ospedale	523	19%	19%
0-28 gg	194	7%	27%
>1 e <12 mesi	96	4%	30%
>11 e <24 mesi	50	2%	32%
>23 e <36 mesi	37	1%	33%
<b>ACV</b>	<b>totale</b>	<b>% T</b>	<b>% cum</b>
n. eventi	2112		
ricoverati	1797	85%	85%
deceduti fuori ospedale	315	15%	15%
0-28 gg	191	9%	24%
>1 e <12 mesi	125	6%	30%
>11 e <24 mesi	56	3%	33%
>23 e <36 mesi	43	2%	35%

La tabella dimostra che il 19% degli Infarti ed il 15% circa degli Ictus decedono senza assistenza ospedaliera. Tale Registro ha inoltre consentito, sempre nell'ambito delle attività del Progetto Nazionale CUORE, di confrontare gli esiti degli eventi con altre realtà nazionali.

Letalità degli eventi coronarici (EC) a 28 giorni, dati relativi al biennio di sorveglianza, nel confronto con altri registri cardiovascolari italiani.

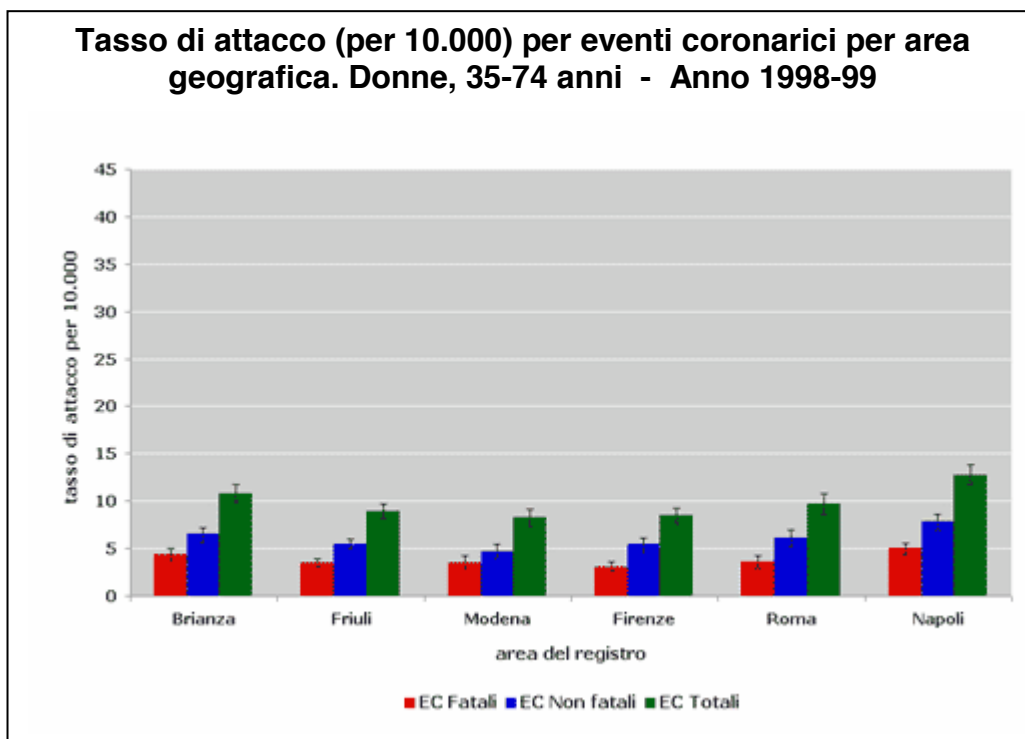
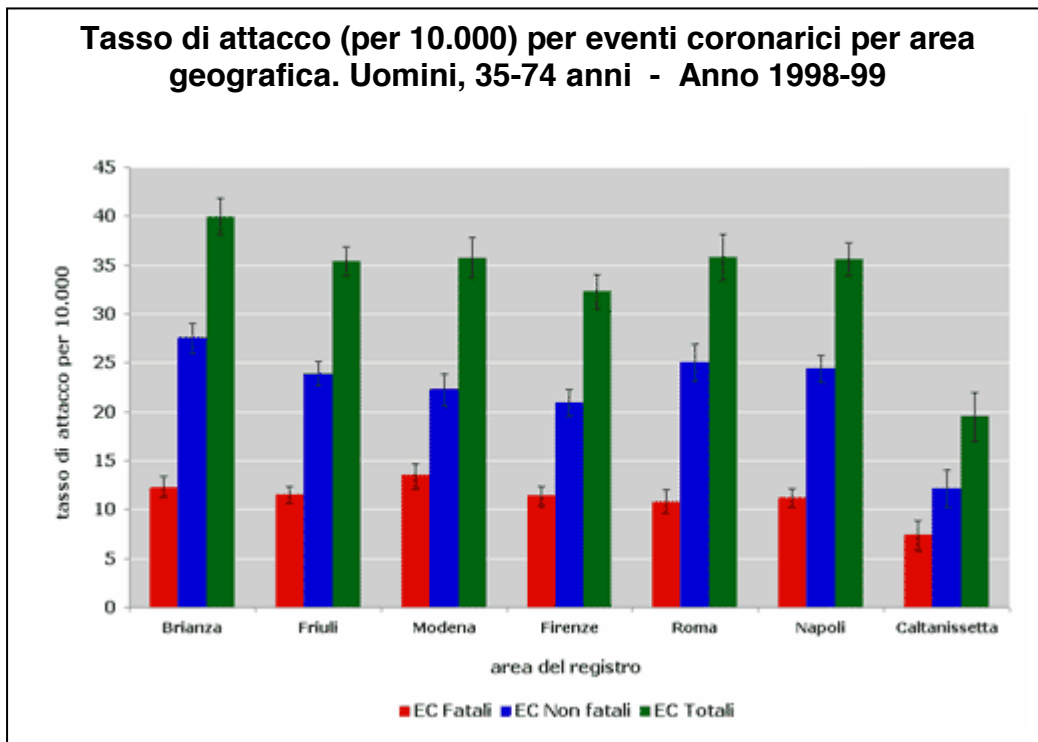
REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

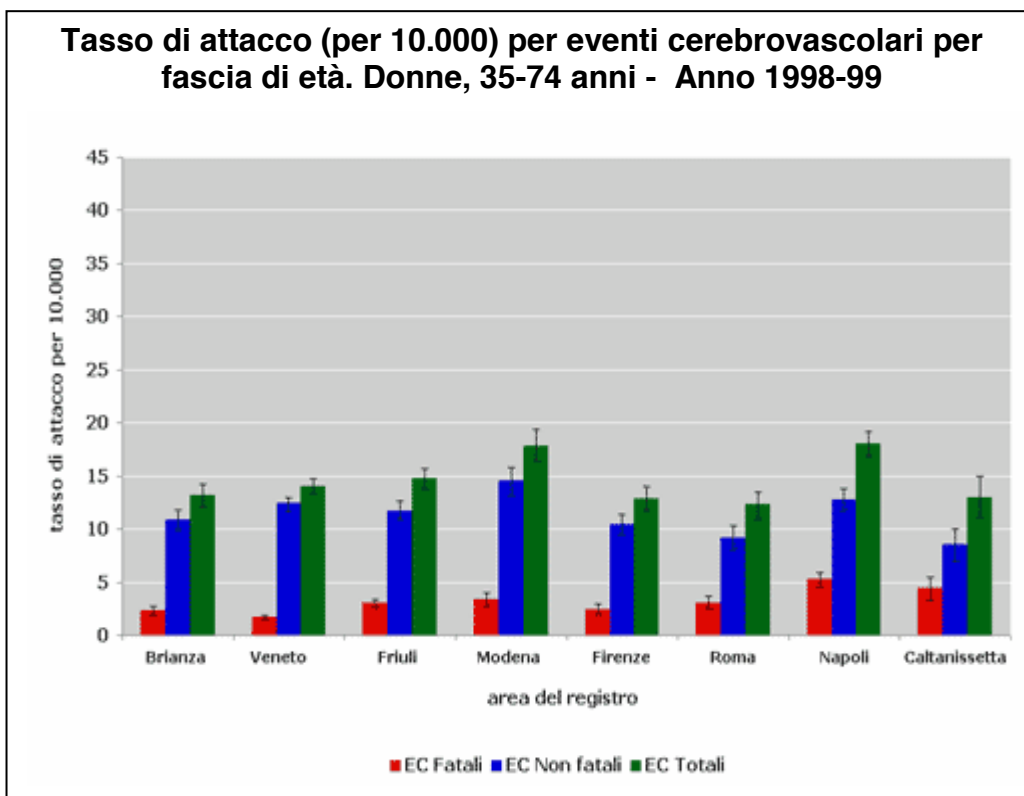
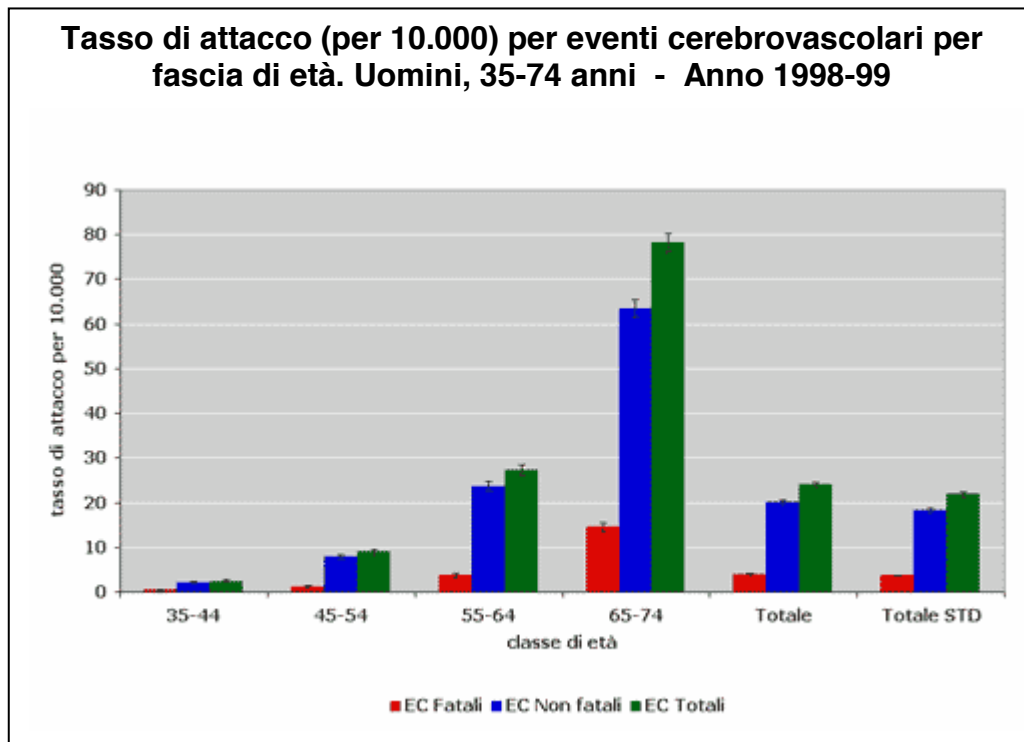
U.C.	LETALITA', %	
	Uomini	Donne
Brianza	30,6 (28,4 – 32,7)	40,5 (36,2 – 44,7)
Friuli	32,5 (30,5 – 34,4)	39,2 (35,2 – 43,2)
Modena	35,7 (32,8 – 38,7)	42,1 (36,2 – 47,9)
Firenze	35,1 (32,5 – 37,7)	36,0 (31,1 – 40,8)
Roma	34,0 (30,7 – 37,4)	N.D.
<b>Napoli</b>	30,0 (27,8 – 32,2)	37,1 (33,3 – 40,9)
Caltanissetta	36,8 (30,6 – 42,9)	N.D.
<i>Totale</i>	32,7 (31,7 – 33,6)	38,7 (36,8 – 40,7)

Letalità degli eventi cerebrovascolari (ACV) a 28 giorni, biennio di sorveglianza, nel confronto con altri registri cardiovascolari italiani.

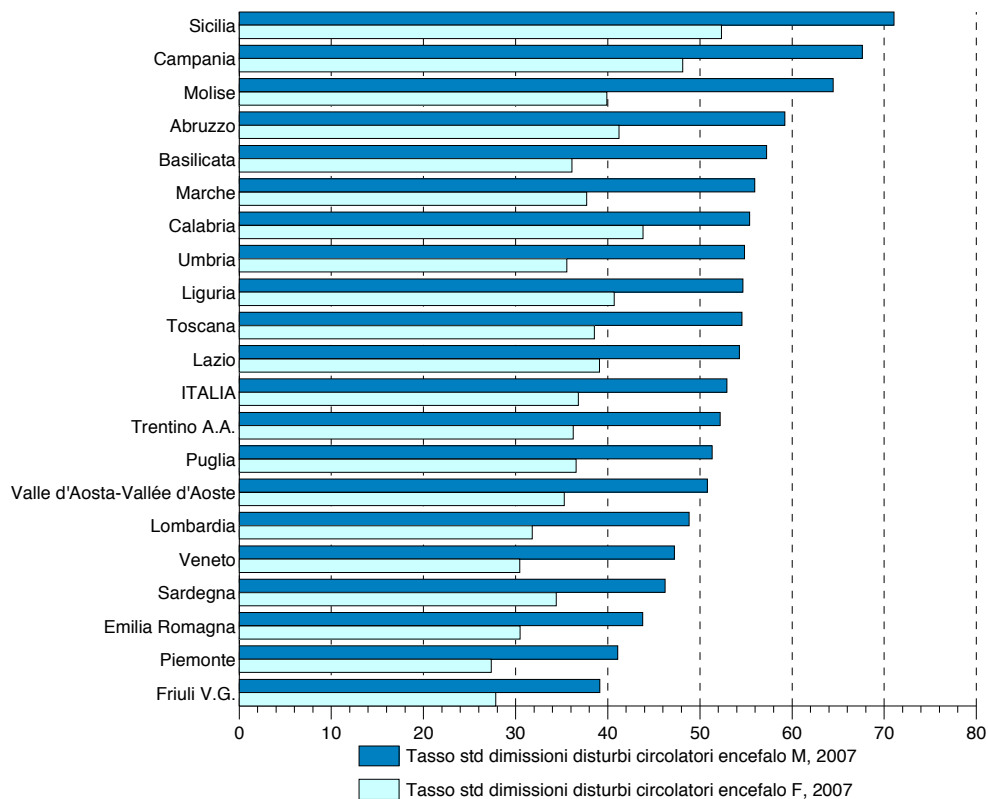
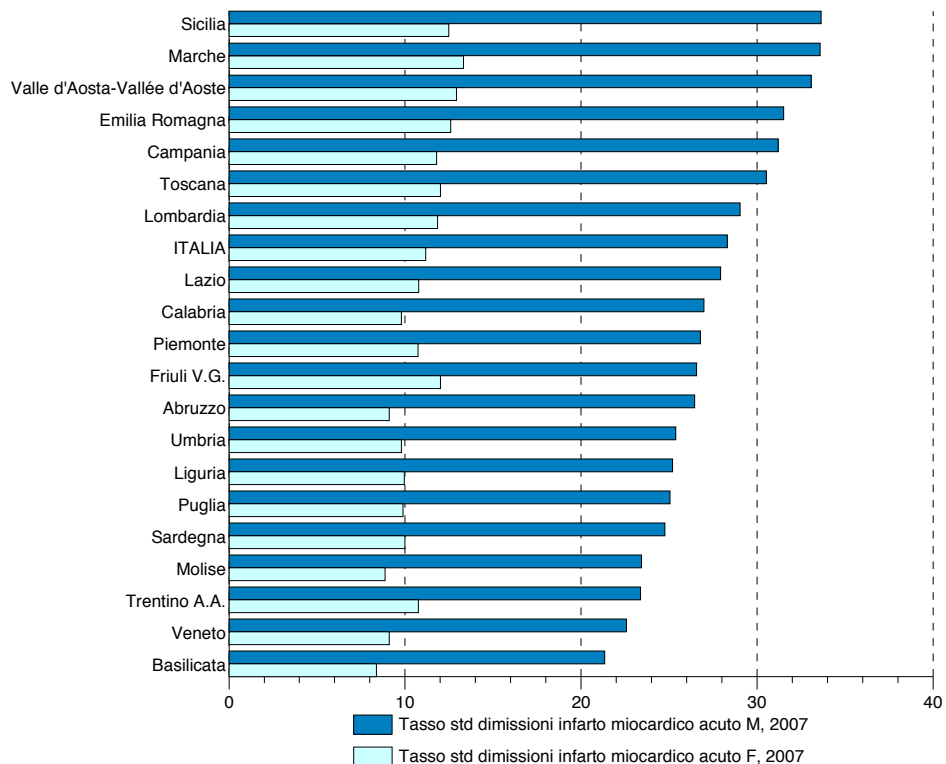
U.C.	LETALITA', %	
	Uomini	Donne
Brianza	23,3 (20,5 – 26,1)	26,8 (23,2 – 30,4)
Veneto	15,4 (14,0 – 16,8)	19,8 (17,9 – 21,6)
Friuli	27,6 (25,2 – 30,0)	30,2 (27,2 – 33,2)
Modena	21,0 (18,3 – 23,8)	25,1 (21,6 – 28,7)
Firenze	17,0 (14,8 – 19,2)	25,7 (22,2 – 29,1)
Roma	26,3 (22,4 – 30,2)	27,2 (22,6 – 31,9)
<b>Napoli</b>	25,0 (22,5 – 27,5)	28,8 (25,8 – 31,8)
Caltanissetta	34,3 (27,8 – 40,8)	37,0 (30,0 – 44,1)
<i>Totale</i>	21,3 (20,4 – 22,1)	25,6 (24,5 – 26,7)

I dati del registro degli ultimi anni 2000 non sono ancora disponibili.

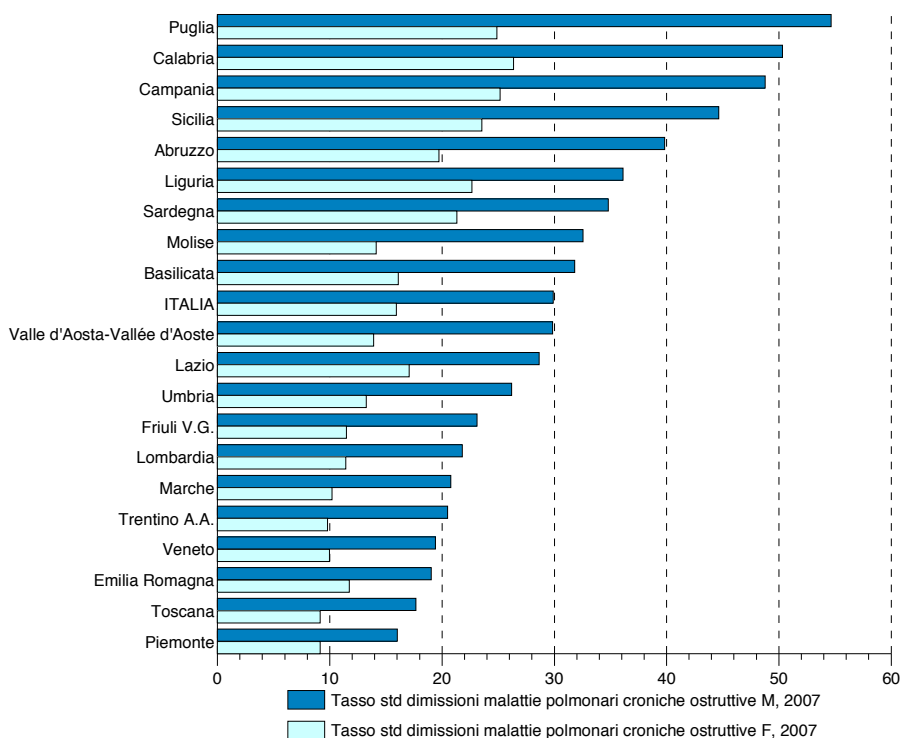




**REGIONE CAMPANIA**  
**PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012**



REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012



### Diabete

Il diabete mellito è una patologia cronica ampiamente diffusa in tutto il mondo; rappresenta la quarta causa di morte e la sua frequenza sta aumentando sistematicamente assieme all'aumento dell'obesità e della sedentarietà, oltre che in rapporto al progressivo invecchiamento della popolazione. In Italia si stima una prevalenza di diabete diagnosticato di circa il 4% (90% di diabete tipo 2 e 10% di diabete tipo 1). Il diabete è una patologia cronica che, se non ben controllata, provoca complicanze, come la retinopatia diabetica (maggior causa di cecità fra gli adulti) e la nefropatia diabetica (principale causa di insufficienza renale cronica e dialisi), malattie cardiovascolari (la mortalità da cardiopatia ischemica nei diabetici è tre volte superiore a quella della popolazione generale).

Il costo sociale del diabete è molto elevato: il 7% dell'intera spesa sanitaria nazionale è assorbito dalla popolazione diabetica. Inoltre, la qualità della vita del diabetico non ben controllato è scadente, verificandosi una perdita media di 5-10 di anni di vita rispetto ai non diabetici.

Nonostante che il riconoscimento precoce sia molto importante, si stima che circa il 50% dei diabetici non sia a conoscenza del proprio stato.

Il diabete mellito è una malattia cronica invalidante ad elevato impatto sociale (legge 115/87). Il diabete mellito è in costante ascesa e stime attendibili dell'OMS prevedono il raddoppio del numero dei pazienti nei prossimi dieci anni. Tale esplosione epidemiologica, che solo in parte correla con fattori genetici e pertanto ereditari, è in larga misura dovuta alla occidentalizzazione delle abitudini alimentari ed in generale a fattori comportamentali.

Una ragionevole stima, basata anche su studi di popolazione condotti in Italia (Brunico, Verona studies ecc.), indica che circa il 5% della popolazione generale italiana è affetta da alterazioni del metabolismo glucidico e/o da diabete mellito clinicamente manifesto. In Italia si stima che la prevalenza del diabete noto sia circa il 3,5% con valori più alti all'aumentare dell'età; nelle persone con più di 65 anni la

prevalenza del diabete di tipo 2 è circa il 12%. La mortalità per Diabete Mellito in Campania è quella che percentualmente si discosta di più dalle medie nazionali, raggiungendo +58% per gli uomini e + 89% per le donne; I dati desunti dall'indagine ISTAT multiscopo (2001) indicano una presenza di 85.000 diabetici in Campania fra i 18 ed i 64 anni, ma è stimabile che nella regione Campania risiedano attualmente oltre 300.000 diabetici, di cui circa un terzo (oltre 80.000) non ancora diagnosticati e/o trattati.

In Campania il 6,7% degli assistiti adulti delle ASL (Italia 5%) ha riferito di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico. In particolare il diabete è più diffuso tra i cittadini con:

- più di 50 anni (19%)
- basso livello di istruzione (22%)
- molte difficoltà economiche (14%)
- eccesso ponderale, soprattutto negli obesi (17%).

E' noto che molti ipertesi, ipercolesterolemici e diabetici non sanno di esserlo e che queste percentuali riferite dai cittadini intervistati nell'ambito dello studio PASSI sottovalutano la realtà.

Se si somma il mancato controllo alla percentuale di persone che, pur sapendo di essere ipertese, ipercolesterolemiche o diabetiche, non cercano di tenere entro limiti adeguati i livelli di pressione, colesterolo e glicemia, emerge un'area in cui le ASL possono porsi obiettivi di salute ambiziosi per migliorare la consapevolezza e l'autogestione degli assistiti, migliorare l'attenzione, il controllo e il trattamento da parte dei professionisti e dei team delle cure primarie.

I dati forniti dal rapporto regionale dello studio Quadri (Qualità dell'assistenza alle persone con diabete delle regioni italiane – anno 2004) , mostrano uno spaccato molto significativo della realtà regionale, da cui emerge una chiara indicazione ad una assistenza integrata, che consenta una piena attuazione delle linee guida sul trattamento, garantendo l'efficacia degli interventi, l'aderenza ai protocolli diagnostico-terapeutici e quindi il miglioramento delle condizioni di salute, attraverso la prevenzione delle complicanze.

Il diabete ancora oggi è tra le prime cause di:

- - dialisi,
- - amputazioni non traumatiche degli arti inferiori,
- - eventi cardiovascolari (infarto miocardico, ictus, vasculopatia periferica, ecc.),
- - cecità.

Oltre il 70% dei diabetici è affetto da ipertensione arteriosa e oltre l'80% da obesità. Parimenti elevata è la frequenza di associazione tra diabete mellito e dislipidemie. Queste co-patologie contribuiscono ad incrementare in modo esponenziale la percentuale di morbilità, inabilità e di mortalità.

Tutti i dati riportati nella letteratura mondiale concordano nel definire il diabete mellito una patologia ad alto costo, suscettibile, tuttavia, di notevole riduzione attraverso una programmazione attenta ed efficace del percorso clinico-assistenziale, il trattamento precoce delle complicanze e, soprattutto, un maggiore impegno verso l'educazione sanitaria e la prevenzione.

Il dato campano sulla mortalità è tra i più elevati in Italia (figg. 1.a e 1. b e tab. 2 ).

Fig.1a.



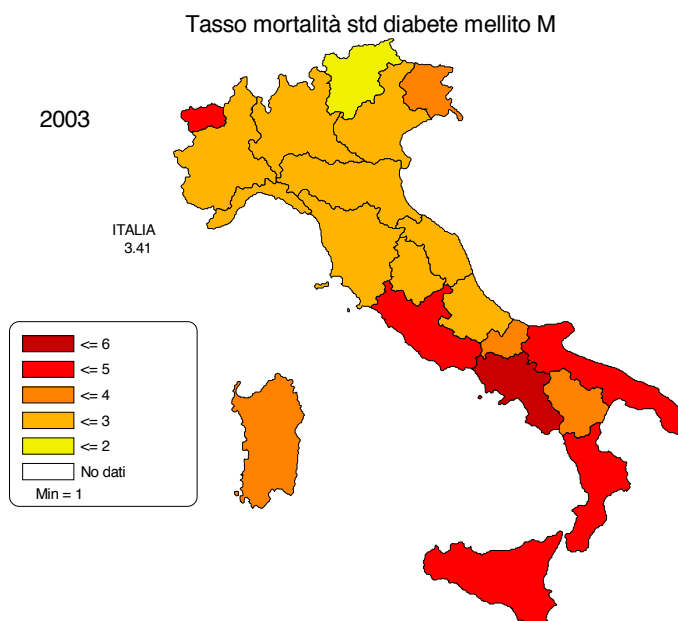
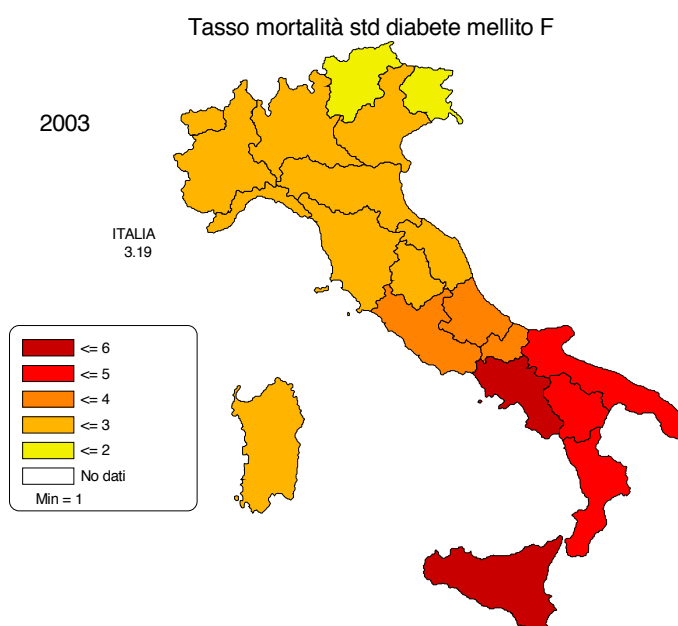


Fig. 1.b.



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute

Tabella 2. Tassi std di mortalità per diabete mellito per 10.000 abitanti, per sesso, anno 2003

	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>
Campania	5,2	5,9
Mezzogiorno	4,4	4,9
ITALIA	3,4	3,2

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute

Si sottolinea che il Diabete è una malattia che, quando determina la morte in soggetti al di sotto dei 75 anni, viene annoverata dall'OMS fra le morti sentinella, indicatore di una assistenza inefficace

L'analisi sui ricoveri per diabete (DRG 294) negli anni 2006-2007-2008 nella regione Campania, indica un ricorso all'ospedalizzazione ancora molto orientato verso il ricovero ordinario; i dati sui tassi di ospedalizzazione ancor lontani dagli standard prefissati, suggeriscono che è necessario costruire percorsi alternativi, che contrastino l'uso improprio dell'ospedalizzazione (tabella 2).

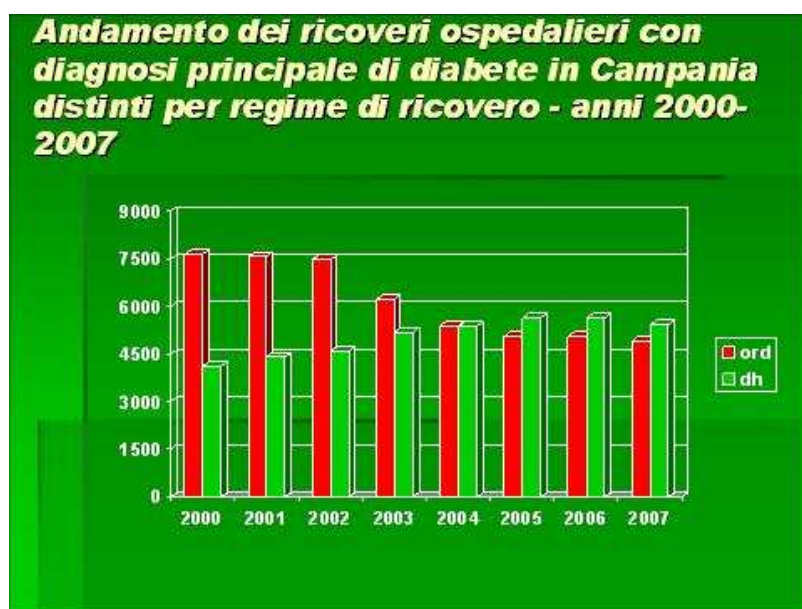
Tabella 2. Tassi (std. per 100.000 abitanti) di dimissioni ospedaliere per ricoveri con diagnosi principale diabete mellito

2006	2007	2008
98.53	94.68	93.26

Fonte: ARSan, S.O. Analisi e Monitoraggio, Archivio SDO Regione Campania

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come riferimento la popolazione regionale residente al Censimento 2001

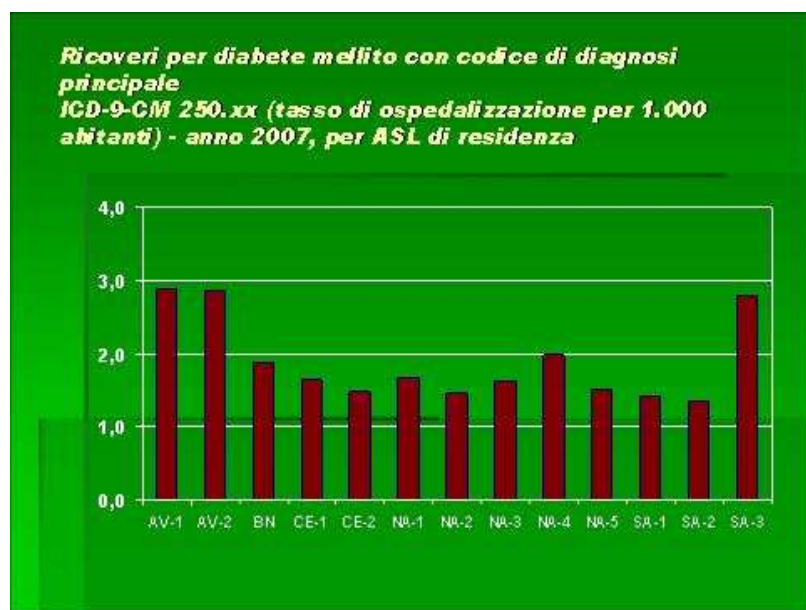
Del resto l'indicatore (tasso di ospedalizzazione) misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate in ambito ospedaliero, e comprende, quindi, anche una quota di ospedalizzazione determinata da inefficienze dell'assistenza ospedaliera e da carenze dell'assistenza territoriale. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta", dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.



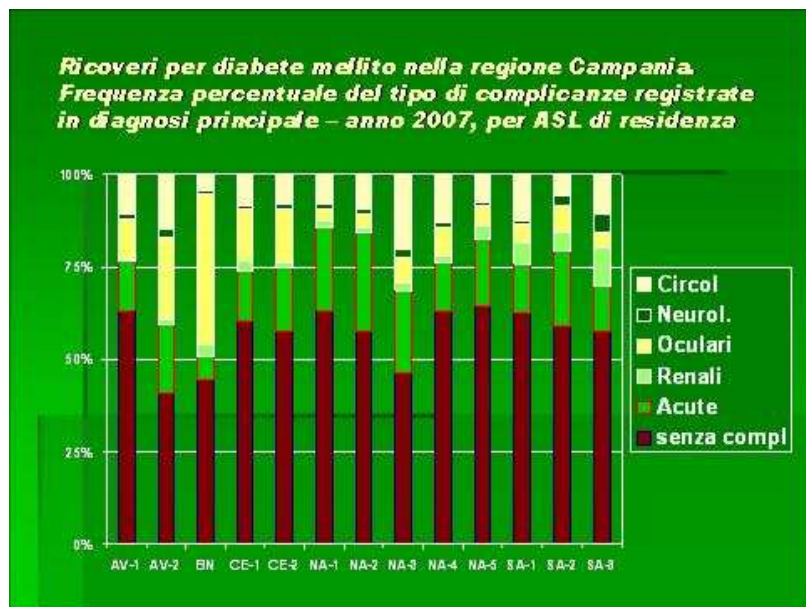
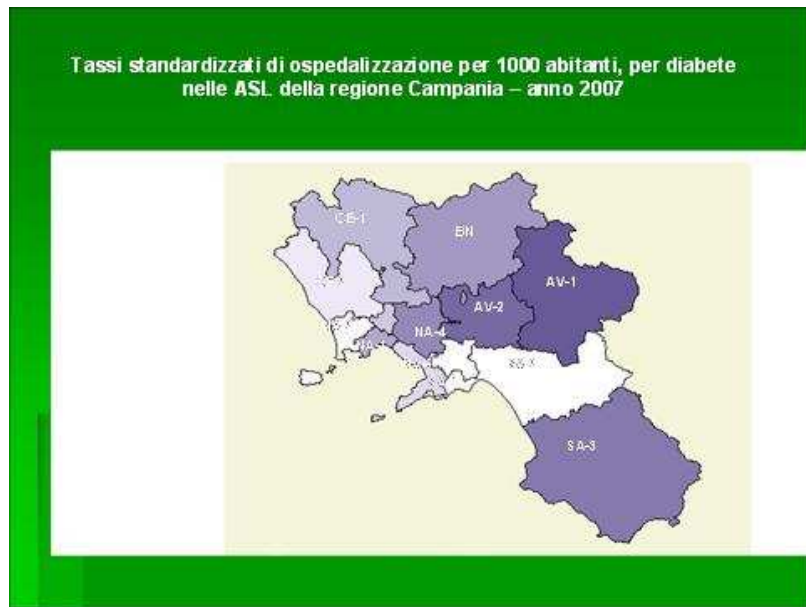
L'andamento dei ricoveri per Diabete in Campania evidenzia una riduzione del ricorso al ricovero ordinario, ma un aumento dei ricoveri in DH, che in moltissimi casi sopperisce agli accessi ambulatoriali.

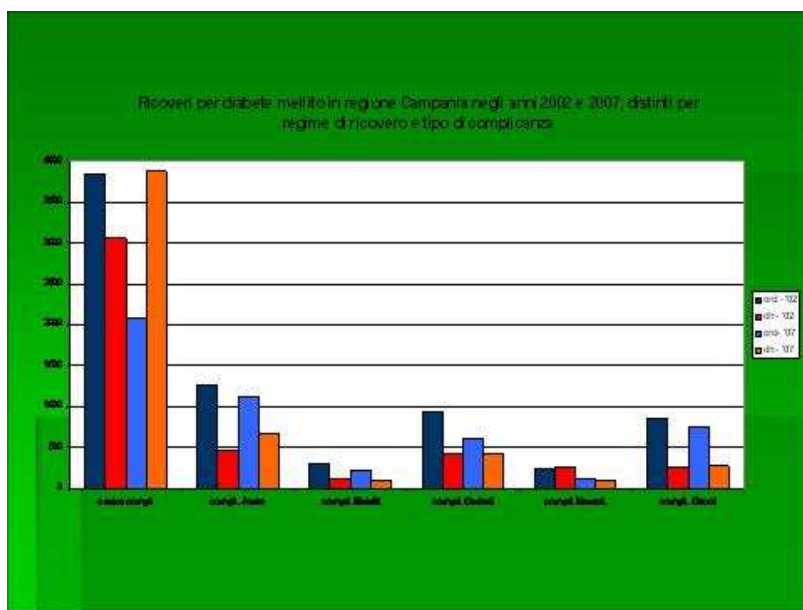


Tra i sessi negli anni si registra una riduzione dell'uso dell'ospedale tra le donne.

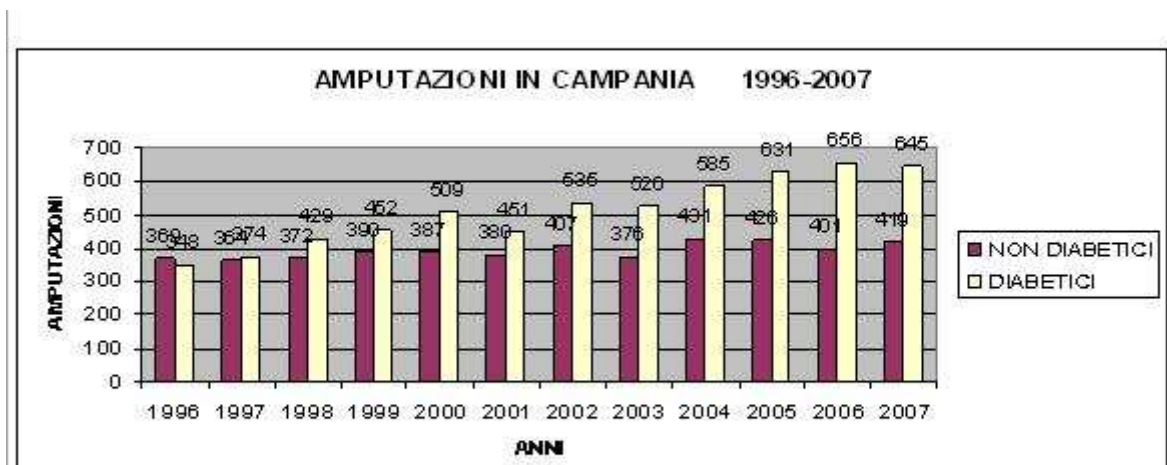


Inoltre i tassi di ricovero sono più alti dove la realtà ospedaliera è più sviluppata anche rispetto all'offerta ambulatoriale.



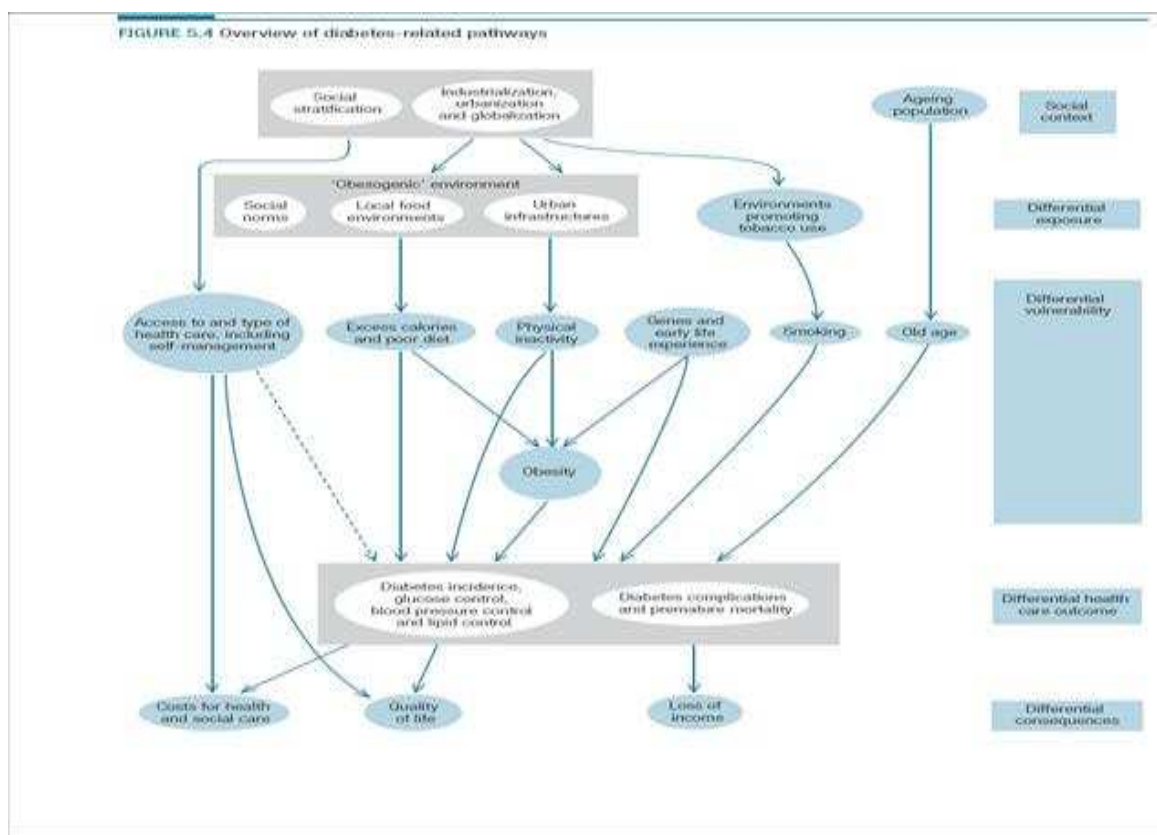


L'inappropriatezza dei ricoveri per diabete appare evidente nelle tabelle soprastanti, dove la netta prevalenza nella codifica delle schede di dimissione ospedaliera di codici privi di complicanze, determina la sottostima dei casi complicati e della prevalenza ed incidenza delle complicanze stesse.



D'altra parte l'incremento dei ricoveri per amputazioni nei soggetti diabetici può essere considerato un indicatore di non buona assistenza, in quanto il manifestarsi di una tale complicanza evidenzia uno scarso controllo della patologia, con aggravio oltre che dei costi assistenziali, anche dei costi sociali più in generale ( inabilità al lavoro, ausili protesici, etc.)

Il diabete è un esempio paradigmatico di malattia cronica più diffusa tra i soggetti socialmente sfavoriti



Infatti l'evoluzione delle complicanze viene drasticamente arrestata da stili di vita adeguati (attività fisica, alimentazione corretta) e da programmi di educazione terapeutica volti all'empowerment del paziente

### La non autosufficienza

### Invecchiamento della popolazione e fragilità

L'analisi demografica è di fondamentale importanza in quanto vi è una stretta correlazione tra età anagrafica e domanda di prestazioni sanitarie e socio assistenziali.<sup>1</sup>

La Campania è la regione più giovane d'Italia, paese più vecchio del mondo<sup>2</sup>.

In tabella i dati campani raffrontati con quelli nazionali<sup>3</sup>.

	Popolazione residente per fasce di età			indice di vecchiaia
	0-14	15-64	65 e oltre	
Campania	16,7	67,4	15,9	95,2
ITALIA	14,0	65,8	20,1	143,6

1 Lo documentano più ricerche condotte, ad esempio, dal Prof. Cislagni per conto dell'AGENAS. (Ministero del Lavoro e delle politiche sociali – Rapporto sulla non autosufficienza in Italia– 2010)

2 Come sancito dalla Seconda Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento - Madrid 2002

3 Fonte: Rapporto Nazionale sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani - una società diversa - promosso da IRCCS INRCA per l'Agenzia Nazionale dell'Invecchiamento - Ageing Society - Osservatorio Terza Età, Federsanità Anci. Tabella 1.12 pag. 96

L'indice di vecchiaia della Regione Campania è il più basso d'Italia.

Tra le 5 province Napoli è la più giovane della Regione con un indice di circa 80, nelle zone montane (Avellino 115, Benevento 130) della Regione l'indice di vecchiaia è più elevato.

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un problema sociosanitario di rilevante complessità, per la necessità di offrire risposte sempre più mirate a questa fascia di cittadini, sia per quanto riguarda la rete dei servizi sia per rispondere a bisogni espressi.

#### *Aspettativa di vita alla nascita<sup>4</sup>*

Per i nati campani 2007 l'aspettativa di vita è rispettivamente di anni 77,4 e 82,9 per i maschi e per le femmine. In Italia i valori sono rispettivamente di 78,6 e 84,1.

L'aspettativa di vita, in Campania per entrambi i sessi si posiziona all'ultimo posto rispetto alle altre Regioni italiane, i cui valori massimi sono rispettivamente di 79,6 e 85,2.

#### *Aspettativa di vita a 65 anni*

La Campania presenta aspettative di vita a 65 anni fra le più basse d'Italia. Nella tabella, estratta da dati ISTAT, sono mostrati i valori campani rapportati a quelli nazionali.

Speranza di vita a 65 anni, per sesso. Anni 2006-2009*								
	2006		2007		2008*		2009*	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Campania	16,9	20,4	16,9	20,3	17,0	20,4	17,2	20,5
ITALIA	17,8	21,6	17,9	21,6	18,0	21,6	18,1	21,7
* stime								

L'aspettativa di vita a 65 anni in Italia ha evidenziato la tendenza ad un progressivo aumento a partire dal 1970 per entrambi i sessi: nel corso degli anni fra il 1983 e il 1993, l'aspettativa di vita a 65 anni è aumentata di 2,3 anni per le femmine (+13,5%) e di 2 anni per i maschi (+14,5%). Tuttavia, l'aumento della longevità è un risultato valido se accompagnato da buona salute e da piena autonomia. A tale scopo è stato sviluppato il concetto di "aspettativa di vita sana (o esente da disabilità)".

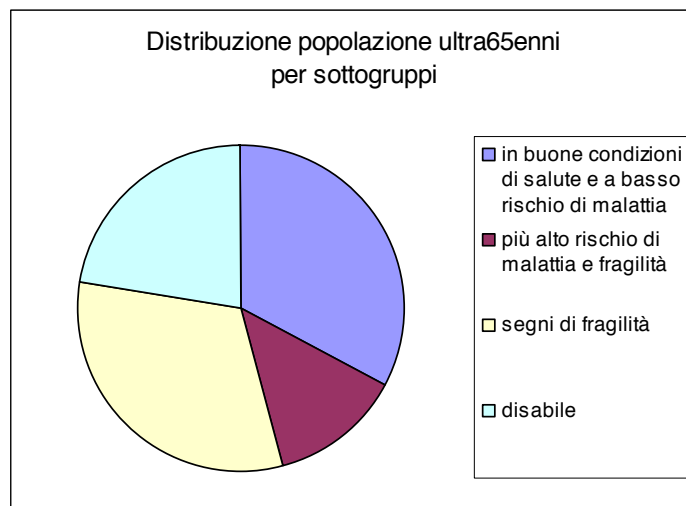
Secondo gli obiettivi adottati nel 1999 dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) per gli Stati europei, ivi inclusa l'Italia, entro l'anno 2020 vi dovrebbe essere un aumento, almeno del 20%, dell'aspettativa di vita e di una vita esente da disabilità all'età di 65 anni e un aumento, di almeno il 50%, nella percentuale di persone di 80 anni che godono di un livello di salute che permetta loro di mantenere la propria autonomia e la stima di sé.

Una stima della popolazione anziana a rischio di fragilità e con disabilità è fornita dai dati preliminari (non ancora pubblicati) dell'indagine PASSI d'Argento del 2010 effettuata nella Regione Campania: la popolazione anziana è suddivisa in sottogruppi in base al grado di autosufficienza e fragilità. Circa un terzo (32%) delle persone di ≥65anni è in buone condizioni di salute e a basso rischio di malattia; il 13% è in buone condizioni, ma a più alto rischio di malattia e fragilità. Il 31% delle persone anziane mostra

---

4 Stima – Fonte: ISTAT – Indicatori demografici □ febbraio 2008

segni di fragilità e il 22% risulta essere disabile, cioè non autosufficiente in almeno un'attività della vita quotidiana o Activities of Daily Living o ADL5.



### *Gli infortuni sul lavoro*

Nell'anno 2008 è stato dato avvio ad un programma di ammodernamento delle attrezzature e di riqualificazione del personale che interviene su quattro assi che sono: Sistema Informativo Regionale, Riqualificazione del Personale, Definizione di Procedure attraverso Gruppi di Lavoro Specifici e Acquisizione delle Apparecchiature/Attrezzature necessarie allo svolgimento dell'Attività di Vigilanza.

Tali obiettivi portanti si sono concretizzati nelle seguenti attività:

- Realizzazione di un' infrastruttura informatica tra Regione e Dipartimenti di Prevenzione con dotazione di nuove postazioni di lavoro ed attrezzatura informatica: portatili, macchine fotografiche, etc.;
- Definizione della strumentazione necessaria per le indagini di igiene ambientale e per la medicina del lavoro e preparazione degli atti preliminari alla gara;
- Individuazione e progettazione di un percorso formativo del personale SPSAL con pianificazione di tutte le attività per consentire l'espletamento del corso nell'anno 2009;
- Avvio di gruppi di lavoro su tematiche specifiche in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro;
- Avvio di un gruppo di lavoro atto a garantire un' omogeneizzazione delle procedure e delle attività dei Servizi SPSAL ed analisi dei bisogni per la realizzazione di uno sportello per la sicurezza;
- Confronto aperto con le altre Istituzioni che svolgono attività in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.
- Inoltre, sono in corso le attività dei progetti nazionali relativi agli Infortuni Mortali e Gravi ed alle Malattie Professionali.

A tutt'oggi, permane il vincolo, previsto dal piano di rientro, relativo all'impossibilità di assunzioni di nuovi operatori nei Servizi SPSAL. Pertanto, si è riproposto per l'anno in corso un piano straordinario di vigilanza che, partendo da un approfondimento dei dati riguardanti i flussi, ha garantito il raggiungimento delle quote di attività previste nel Patto della Salute e dai successivi accordi.

5 ADL (attività della vita quotidiana): muoversi da una stanza all'altra, mangiare, vestirsi e spogliarsi, fare il bagno o la doccia, andare in bagno per fare i propri bisogni, essere continenti.



Per tutto quanto esposto, la linea progettuale “infortuni sul lavoro” del PRP ha dato inizio ad un percorso innovativo per gli operatori che effettuano vigilanza negli ambienti di lavoro, tenuto conto della pluralità degli attori che, in misura diversa, sono coinvolti nelle singole linee di attività.

A tutt’oggi, le attività del PRP per la linea specifica non sono ancora terminate e deve essere previsto un ulteriore impegno, anche per l’anno 2011, al fine di concludere le attività pianificate e raggiungere gli obiettivi previsti.

I tempi aggiuntivi richiesti sono conseguenza di limitazioni e di vincoli, imposti dalle procedure amministrative da seguire, dalla normativa da applicare per la fornitura di beni e servizi in caso di acquisti e forniture e da quelli dettati dal contesto, primi tra tutti quelli introdotti dal piano di rientro presente nella nostra Regione e dal fatto che dal 2009 è in corso un processo di unificazione delle AASSLL e, pertanto, si è dato avvio ad una rivisitazione dell’assetto e dell’organizzazione ed al conseguente riallineamento delle attività..

In conclusione tutte le attività della linea progettuale “infortuni sul lavoro” del PRP hanno consentito l’avvio e l’attuazione di attività strategiche con conseguente inizio di un’innovazione nell’organizzazione delle strutture deputate alla vigilanza negli ambienti di lavoro sia in Regione che nelle AASSLL; pertanto, le attività avviate, continueranno nell’anno 2011 fino a completamento delle stesse.

Nel periodo 2005/2009, in Campania, si è avuta una riduzione delle denunce di infortuni sul lavoro ricalcando l’andamento nazionale delle stesse.

Si è verificata, inoltre, una riduzione delle inabilità temporanee e permanenti derivanti dagli infortuni ed una notevole riduzione degli infortuni mortali.

Il fenomeno degli infortuni sul lavoro resta comunque un’emergenza e, per questo motivo, è stato elaborato, dal CCM, un sistema di sorveglianza sugli infortuni mortali e gravi curato da INAIL, ISPESL e Coordinamento delle Regioni. Attraverso questo sistema vengono analizzati i determinanti degli infortuni mortali e gravi verificatisi in ambito lavorativo.

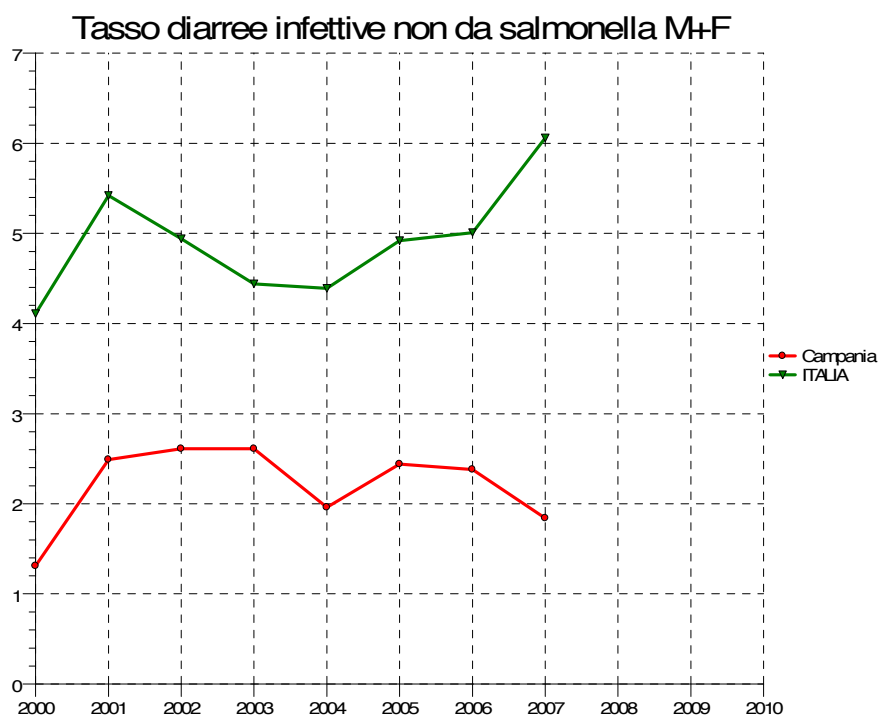
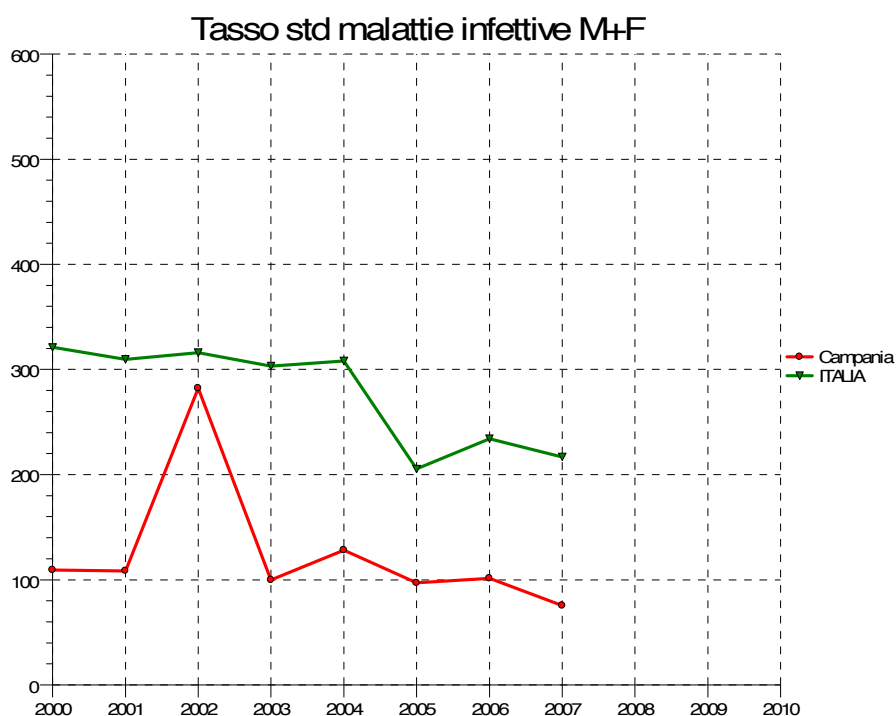
<b>Regione Campania</b>					
<b>Infortuni sul lavoro denunciati dalle aziende, e indennizzati per tipologia</b>					
<b>Tutte le gestioni</b>					
	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Inabilità temporanea	21.331	20.271	19.030	18.175	16.426
Inabilità permanente	2.003	2.021	1.958	1.875	1.665
Casi mortali	80	76	74	72	51
Totale Indennizzati	23.414	22.368	21.062	20.122	18.142
Totale denunciati	33.240	32.074	30.099	28.756	26.280
% indennizzati/denunciati	70,44%	69,74%	69,98%	69,97%	69,03%

Dall’analisi dei dati si desume una riduzione costante delle inabilità e dei casi mortali.

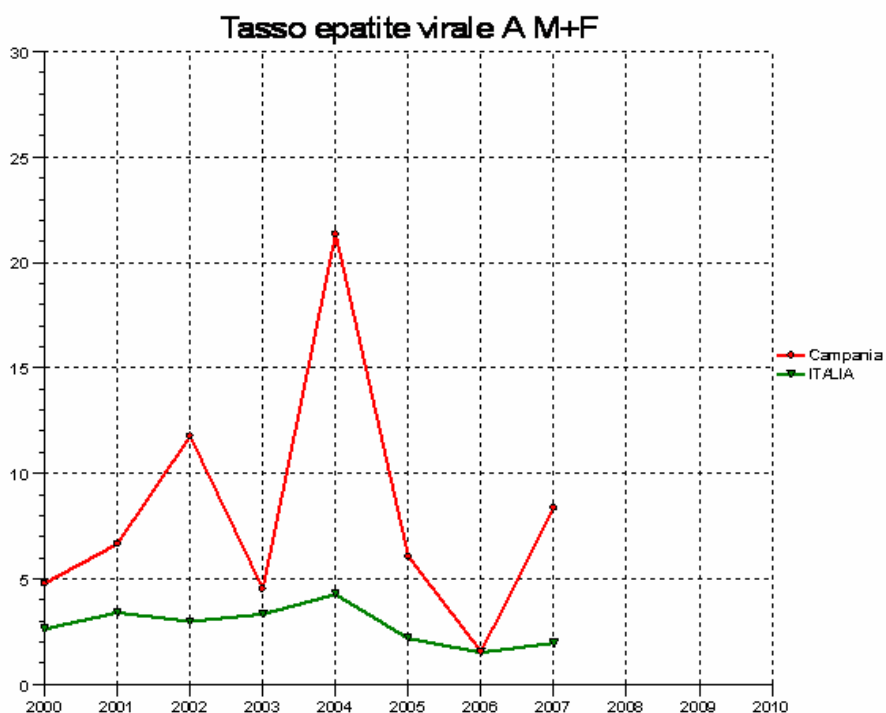
Esaminando gli accadimenti per singole gestioni, si registrano percentuali di infortuni indennizzati più alte (81% ca) in ambito agricolo rispetto alle altre gestioni (circa 70% in ambito industria, commercio e servizi); la percentuale più bassa si registra nella gestione conto stato (circa il 50%).

*Le malattie infettive*

Le malattie infettive, nella loro totalità, non sembrano rappresentare un problema rilevante per la popolazione campana.



La Campania ha sempre registrato un'incidenza di epatite virale A superiore rispetto al resto dell'Italia. La stragrande maggioranza dei casi notificati è dovuta a frutti di mare allevati o mantenuti in condizioni non idonee e consumati non adeguatamente cotti. In regione si osservano periodiche epidemie, con centinaia di casi notificati: l'ultima si è registrata nel 2007, con il maggior numero di casi concentrati in primavera nella Provincia di Napoli.



### *Infezioni associate all'assistenza*

Lo stato di attuazione dei Programmi per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere campane è stato oggetto, negli ultimi anni, di alcune indagini conoscitive condotte dal Settore Assistenza Ospedaliera dell'Assessorato alla Sanità, che hanno ottenuto un elevato livello di rispondenza, il che ha consentito di valutare l'evoluzione del contesto organizzativo campano tra il 2000 ed il 2007, dando modo anche di collocare il livello organizzativo generale delle Strutture ospedaliere regionali nell'ambito del contesto nazionale, e quindi di adottare provvedimenti mirati, evidenziandone alcune criticità.

In particolare, l'ultima indagine nazionale (2007) ha registrato in Campania la sussistenza di teorici presupposti organizzativi per la realizzazione dei Programmi di Prevenzione (approvazione di Piani aziendali, istituzione di CIO e Gruppo operativo), in linea con il livello organizzativo generale registrato in altre Regioni (Tab A-II - da INF-OSS 2008)

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Tabella A-II – Diffusione dei programmi di controllo per regione e tipo di azienda (questionario 1)

Regione	Tipo di Azienda	Infezioni nell'atto aziendale		Programma aziendale per il controllo delle infezioni		Comitato di controllo o altra articolazione		Gruppo operativo o altra articolazione	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Abruzzo	Aziende sanitarie	2	67%	1	33%	3	100%	3	100%
Prov. Autonoma BZ	Aziende sanitarie	3	75%	3	75%	3	75%	2	50%
Basilicata	Aziende sanitarie	4	57%	6	86%	7	100%	7	100%
Calabria	Aziende sanitarie	7	54%	8	62%	9	69%	9	69%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	9	75%	9	75%	5	42%	10	83%
Campania	Aziende sanitarie	10	59%	16	94%	17	100%	14	82%
Emilia-Romagna	Aziende sanitarie	11	65%	17	100%	17	100%	17	100%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	19	61%	23	74%	17	55%	19	61%
Friuli-Venezia Giulia	Aziende sanitarie	5	56%	8	89%	9	100%	9	100%
Lazio	Aziende sanitarie	20	87%	21	91%	23	100%	21	91%
Liguria	Aziende sanitarie	8	80%	10	100%	10	100%	10	100%
Lombardia	Aziende sanitarie	42	84%	47	94%	48	96%	49	98%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	45	85%	45	85%	43	81%	37	70%
Marche	Aziende sanitarie	11	79%	12	86%	14	100%	12	86%
Piemonte	Aziende sanitarie	27	93%	27	93%	29	100%	29	100%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	16	94%	17	100%	17	100%	12	71%
Puglia	Aziende sanitarie	3	43%	5	71%	5	71%	5	71%
Sardegna	Aziende sanitarie	2	40%	1	20%	4	80%	2	40%
Sicilia	Aziende sanitarie	17	59%	23	79%	28	97%	27	93%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	29	85%	28	82%	14	41%	33	97%
Toscana	Aziende sanitarie	8	67%	10	83%	11	92%	11	92%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	9	90%	9	90%	7	70%	7	70%
Prov. Autonoma TN	Aziende sanitarie	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%
Umbria	Aziende sanitarie	4	80%	5	100%	5	100%	5	100%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	4	80%	4	80%	3	60%	3	60%
Valle d'Aosta	Aziende sanitarie	0	0%	1	100%	1	100%	1	100%
Veneto	Aziende sanitarie	10	45%	20	91%	22	100%	20	91%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	7	88%	8	100%	7	88%	7	88%

Tuttavia, dalle stesse indagini è emerso anche che in Campania la diffusa tendenza ad istituire gli Organi preposti alla realizzazione dei Programmi (CIO), e la conseguente individuazione delle figure professionali previste, non necessariamente hanno prodotto un adeguato impulso all'operatività, in grado di sostenere attività di prevenzione e controllo sufficientemente diffuse ed appropriate. (Tab. A-VI e A-VII, da INF-OSS 2008)

Rispetto al quadro generale delle principali criticità emerse, è indicativo il dato da cui risulta che nel 2007 solo il 41% delle Strutture ospedaliere campane ha dichiarato di svolgere regolarmente attività di sorveglianza attiva. (Tab. VI-A, da INF-OSS 2008).

Anche l'adozione di Procedure standard risultava, dalla stessa indagine, ancora non sufficientemente diffusa nelle Strutture ospedaliere della Campania, in particolare modo per le pratiche maggiormente invasive e/o nelle Aree assistenziali a maggior rischio (Tab. VII-A, da INF-OSS 2008).

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

**Tabella A-VI – Sorveglianza delle infezioni per regione e tipo di azienda (questionario 2)**

Regione	Tipo di Azienda	Laboratorio (1)		Studio di prevalenza negli ultimi tre anni (2)		Sistema di sorveglianza per obiettivi (3)		Sorveglianza continuativa (4)		(2), (3) o (4)	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Abruzzo	Aziende sanitarie	5	42%	6	50%	4	33%	3	25%	8	67%
Prov. Autonoma BZ	Aziende sanitarie	5	71%	1	14%	3	43%	2	29%	3	43%
Basilicata	Aziende sanitarie	2	14%	5	36%	1	7%	4	29%	8	57%
Calabria	Aziende sanitarie	6	21%	5	18%	7	25%	8	29%	11	39%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	3	25%	1	8%	5	42%	3	25%	6	50%
Campania	Aziende sanitarie	29	59%	19	39%	15	31%	20	41%	29	59%
Emilia-Romagna	Aziende sanitarie	35	95%	6	16%	10	27%	31	84%	33	89%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	10	33%	3	10%	8	27%	20	67%	21	70%
Friuli-Venezia Giulia	Aziende sanitarie	13	93%	2	14%	9	64%	13	93%	13	93%
Lazio	Aziende sanitarie	24	45%	25	47%	21	40%	17	32%	35	66%
Liguria	Aziende sanitarie	17	89%	11	58%	7	37%	7	37%	12	63%
Lombardia	Aziende sanitarie	101	93%	61	56%	62	57%	52	48%	95	87%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	37	65%	15	26%	30	53%	39	68%	49	86%
Marche	Aziende sanitarie	18	82%	8	36%	11	50%	6	27%	13	59%
Piemonte	Aziende sanitarie	58	97%	32	53%	34	57%	38	63%	56	93%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	13	76%	3	18%	7	41%	11	65%	14	82%
Puglia	Aziende sanitarie	6	33%	10	56%	9	50%	2	11%	17	94%
Sardegna	Aziende sanitarie	8	62%	1	8%	2	15%	2	15%	4	31%
Sicilia	Aziende sanitarie	37	54%	33	48%	41	59%	22	32%	49	71%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	15	38%	13	33%	18	46%	29	74%	34	87%
Toscana	Aziende sanitarie	30	94%	23	72%	27	84%	28	88%	32	100%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	4	44%	4	44%	4	44%	7	78%	8	89%
Prov. Autonoma TN	Aziende sanitarie	7	100%			7	100%			7	100%
Umbria	Aziende sanitarie	4	57%	6	86%	4	57%	4	57%	6	86%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	2	67%			1	33%	2	67%	3	100%
Valle d'Aosta	Aziende sanitarie			1	100%	1	100%			1	100%
Veneto	Aziende sanitarie	30	68%	25	57%	21	48%	15	34%	35	80%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	4	50%	5	63%	3	38%	5	63%	8	100%

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Tabella A-VII – Protocolli assistenziali per regione e tipo di azienda (2) (questionario 2)

Regione	Tipo di Azienda	prevenzione infezioni vie urinarie associate a catetere vescicale		prevenzione infezioni associate a catetere vascolare		prevenzione infezioni delle basse vie respiratorie		prevenzione infezioni della ferita chirurgica		profilassi antibiotica in chirurgia		prevenzione trasmissione microrganismi multiresistenti		modalità di segnalazione/notifica delle infezioni		altro	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Abruzzo	Aziende sanitarie	5	42%	3	25%	2	17%	3	25%	8	67%	0	0%	4	33%	4	33%
Prov. Autonoma BZ	Aziende sanitarie	7	100%	6	86%	2	29%	2	29%	0	0%	4	57%	0	0%	2	29%
Basilicata	Aziende sanitarie	12	86%	6	43%	2	14%	2	14%	12	86%	0	0%	2	14%	2	14%
Calabria	Aziende sanitarie	11	39%	3	11%	2	7%	8	29%	8	29%	1	4%	3	11%	1	4%
	Case di cura / Osp. Class.	7	58%	4	33%	3	25%	5	42%	5	42%	2	17%	0	0%	2	17%
Campania	Aziende sanitarie	17	35%	21	43%	11	22%	23	47%	11	22%	2	4%	2	4%	18	37%
Emilia-Romagna	Aziende sanitarie	27	73%	28	76%	20	54%	26	70%	28	76%	21	57%	19	51%	33	89%
	Case di cura / Osp. Class.	24	80%	16	53%	12	40%	16	53%	17	57%	5	17%	3	10%	14	47%
Friuli-Venezia Giulia	Aziende sanitarie	8	57%	6	43%	2	14%	6	43%	11	79%	2	14%	1	7%	7	50%
Lazio	Aziende sanitarie	28	53%	20	38%	15	28%	24	45%	20	38%	12	23%	10	19%	12	23%
Liguria	Aziende sanitarie	15	79%	12	63%	5	26%	14	74%	8	42%	4	21%	3	16%	9	47%
Lombardia	Aziende sanitarie	73	67%	77	71%	23	21%	48	44%	88	81%	36	33%	29	27%	82	75%
	Case di cura / Osp. Class.	36	63%	24	42%	3	5%	24	42%	23	40%	3	5%	3	5%	33	58%
Marche	Aziende sanitarie	21	95%	16	73%	11	50%	10	45%	13	59%	6	27%	2	9%	10	45%
Piemonte	Aziende sanitarie	56	93%	60	100%	45	75%	53	88%	59	98%	49	82%	30	50%	45	75%
	Case di cura / Osp. Class.	17	100%	11	65%	7	41%	12	71%	12	71%	0	0%	1	6%	9	53%
Puglia	Aziende sanitarie	4	22%	3	17%	0	0%	5	28%	7	39%	0	0%	1	6%	2	11%
Sardegna	Aziende sanitarie	3	23%	1	8%	0	0%	5	38%	2	15%	0	0%	0	0%	2	15%
Sicilia	Aziende sanitarie	46	67%	16	23%	9	13%	37	54%	39	57%	2	3%	5	7%	35	51%
	Case di cura / Osp. Class.	28	72%	18	46%	16	41%	22	56%	26	67%	6	15%	2	5%	18	46%
Toscana	Aziende sanitarie	24	75%	30	94%	8	25%	23	72%	24	75%	13	41%	1	3%	21	66%
	Case di cura / Osp. Class.	8	89%	6	67%	5	56%	7	78%	5	56%	1	11%	0	0%	5	56%
Prov. Autonoma TN	Aziende sanitarie	7	100%	7	100%	0	0%	7	100%	7	100%	0	0%	7	100%	7	100%
Umbria	Aziende sanitarie	4	57%	4	57%	3	43%	4	57%	6	86%	2	29%	2	29%	3	43%
	Case di cura / Osp. Class.	2	67%	0	0%	0	0%	2	67%	3	100%	0	0%	0	0%	1	33%
Valle d'Aosta	Aziende sanitarie	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	1	100%	1	100%	0	0%	0	0%
Veneto	Aziende sanitarie	40	91%	33	75%	13	30%	19	43%	41	93%	21	48%	16	36%	20	45%
	Case di cura / Osp. Class.	6	75%	4	50%	3	38%	5	63%	4	50%	0	0%	0	0%	5	63%

Il Gruppo di Lavoro nazionale autore dell'analisi dei risultati dell'indagine conoscitiva del 2007, ha utilizzato, tra l'altro, anche lo *score* ICALIN (*Indice composite d'évaluation des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales*), già adottato in Francia dal 2005, il cui calcolo si basa su 31 variabili, tra cui: *Numero riunioni annuali del Comitato di controllo delle infezioni e del Gruppo Operativo, Personale assegnato al programma, Eventuale Programma di comunicazione del rischio infettivo, Controllo dei microrganismi multi resistenti, Protocolli operativi presenti, Sorveglianza attiva, Formazione del personale, Definizione di indicatori di performance per valutare l'impatto del programma di controllo delle ICA.*

Rispetto a tali variabili è stato possibile costruire un dato generale, utile al confronto tra lo stato di attuazione dei Programmi ottenuto in diverse Regioni italiane.

Lo *score* valutativo ICALIN (Tab. A-IX, da INF-OSS 2008), applicato ai dati dell'indagine nazionale 2007 in Campania, si colloca in una posizione intermedia dell'intervallo riferito al contesto nazionale (ICALIN Campania = 47; min=23 max=84)

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Tabella A-IX – Indicatori sintetici dei programmi di controllo per regione e tipo di azienda (questionario 2)

Regione	tipo2	CIO attivo + medico addetto + ICI		punteggio ICALIN adattato media	rispetto dei requisiti della normativa italiana*	
		N	%		requisiti	pct
Abruzzo	Aziende sanitarie	3	25%	27	3	25%
Prov Autonoma BZ	Aziende sanitarie	1	14%	54	0	0%
Basilicata	Aziende sanitarie	4	29%	44	4	29%
Calabria	Aziende sanitarie	7	25%	29	3	11%
	Case di cura / Osp. Classificati	2	17%	36	2	17%
Campania	Aziende sanitarie	22	45%	47	18	37%
Emilia-Romagna	Aziende sanitarie	21	57%	73	21	57%
	Case di cura / Osp. Classificati	7	23%	45	5	17%
Friuli-Venezia Giulia	Aziende sanitarie	5	36%	59	5	36%
Lazio	Aziende sanitarie	18	34%	49	16	30%
Liguria	Aziende sanitarie	11	58%	64	11	58%
Lombardia	Aziende sanitarie	83	76%	70	78	72%
	Case di cura / Osp. Classificati	31	54%	61	28	49%
Marche	Aziende sanitarie	14	64%	55	13	59%
Piemonte	Aziende sanitarie	52	87%	84	46	77%
	Case di cura / Osp. Classificati	14	82%	67	11	65%
Puglia	Aziende sanitarie	7	39%	44	6	33%
Sardegna	Aziende sanitarie	1	8%	23	1	8%
Sicilia	Aziende sanitarie	41	59%	49	37	54%
	Case di cura / Osp. Classificati	10	26%	58	9	23%
Toscana	Aziende sanitarie	26	81%	69	20	63%
	Case di cura / Osp. Classificati	5	56%	59	3	33%
Prov Autonoma TN	Aziende sanitarie	7	100%	83	7	100%
Umbria	Aziende sanitarie	4	57%	58	1	14%
	Case di cura / Osp. Classificati	1	33%	61	1	33%
Valle d'Aosta	Aziende sanitarie			82		
Veneto	Aziende sanitarie	25	57%	53	15	34%
	Case di cura / Osp. Classificati	3	38%	57	2	25%

\* CIO attivo + GO/altra articolazione + ICI + medico addetto è sorveglianza

Sulla scorta delle predette valutazioni la Regione Campania, tra la fine del 2007 e l'inizio del 2010, ha emanato alcuni Atti di indirizzo, in ampia parte condivisi con le stesse Aziende destinatarie dei provvedimenti, che intendono fornire alle stesse Aziende Sanitarie ed Ospedaliere campane ulteriori strumenti per colmare le difficoltà operative sinora incontrate, avvalendosi di un più ampio ed esaustivo quadro normativo di riferimento regionale, in quanto gli stessi provvedimenti definiscono, tra l'altro, i *requisiti dei Programmi di prevenzione e controllo* delle ICA (D.G.R.C. n.1715 del 28/09/2007), i *requisiti delle Attività formative* per la Prevenzione ed il controllo delle ICA (D.G.R.C. n.2311 del 29/12/2007), nonché *l'aggiornamento delle Linee di indirizzo sulla Antibiotico Profilassi perioperatoria* (D.G.R.C. 123 del 15/02/2010).

Alcune delle attività di sorveglianza intraprese dagli Ospedali della Campania in seguito ai predetti Atti di indirizzo, sono state realizzate nell'ambito della partecipazione ai Sistemi di sorveglianza nazionali, avvalendosi delle metodologie (Protocolli standard) e del ritorno informativo forniti dal Gruppo di coordinamento nazionale, da cui derivano le tabelle sottostanti (da ISC-INF-OSS 2009).

Nel periodo gennaio – giugno 2008 in Campania sono stati raccolti dati su 2.583 interventi, arruolati alla sperimentazione del “Sistema Nazionale di sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico” (ISC-INF-OSS), relativi ai 29 Ospedali ed alle 31 categorie chirurgiche sotto elencate.



REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

**SORVEGLIANZA DEL SITO CHIRURGICO IN ITALIA PROGETTO INF-OSS**  
**N° Interventi sorvegliati per categoria NHSN**  
**N° di Interventi sorvegliati per Ospedale (mediana, minimo e massimo)**  
**Periodo di sorveglianza: anno 2007-2008**  
**Regione: CAMPANIA**

<i>Categoria NHSN</i>	<i>Ospedali</i>	<i>Interventi</i>	<i>mediana</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
APPY	3	17	7	1	9
BILI	2	4	2	1	3
CARD	1	23	23	23	23
CBGB	5	214	48	1	78
CBGC	1	19	19	19	19
CHOL	18	419	19	2	59
COLO	18	261	11	2	77
CRAN	1	5	5	5	5
CSEC	11	1026	69	41	314
FUSN	1	11	11	11	11
GAST	2	9	5	3	6
HER	4	29	4	1	21
HPRO	3	38	8	1	29
HYST	1	14	14	14	14
KPRO	1	5	5	5	5
LAM	4	100	21	3	55
MAST	9	319	15	2	191
NEPH	1	1	1	1	1
OBL	3	6	2	1	3
OCVS	2	2	1	1	1
OES	1	4	4	4	4
OGIT	3	13	1	1	11
OGU	2	2	1	1	1
ONS	1	2	2	2	2
OSKN	4	6	2	1	2
SB	8	20	2	1	6
SPLE	1	1	1	1	1
THOR	1	2	2	2	2
VHYS	1	1	1	1	1
VS	1	1	1	1	1
XLAP	4	9	3	1	3
Totale	29	2583	63	7	314

Il contributo della Campania al dato nazionale nel *primo periodo di partecipazione (01/07/2007-30/06/2008)* è stato pari al 7,8% dei dati totali, nonostante le Aziende campane abbiano avviato la sorveglianza con un semestre di ritardo rispetto ad altre Regioni (Tab 1, da ISC-INF-OSS 2008).

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

**Tabella 1.** Partecipazione alla sorveglianza. Interventi sorvegliati, numero di Ospedali e periodo di sorveglianza per regione.

Regione	N ° interventi	%	N ° Ospedali	%	Periodo di sorveglianza	
					dal	al
EMILIA ROMAGNA	7939	37	23	17	01/07/2007	30/06/2008
FRIULI VENEZIA GIULIA	4953	23.1	20	14.8	01/07/2007	30/06/2008
LAZIO	3034	14.1	25	18.5	01/04/2008	30/06/2008
MARCHE	1902	8.9	10	7.4	02/07/2007	27/06/2008
CAMPANIA	1674	7.8	25	18.5	02/01/2008	30/06/2008
SICILIA	751	3.5	13	9.6	01/10/2007	18/03/2008
VENETO	654	3	10	7.4	01/10/2007	30/06/2008
PROV. AUTON. BOLZANO	195	0.9	2	1.5	02/07/2007	30/09/2007
TOSCANA	155	0.7	5	3.7	10/01/2008	26/05/2008
CALABRIA	122	0.6	1	0.7	10/07/2007	13/04/2008
LOMBARDIA	66	0.3	1	0.7	02/04/2008	30/06/2008
<b>Totale</b>	<b>21445</b>		<b>135</b>		<b>01/07/2007</b>	<b>30/06/2008</b>

Il 54% delle infezioni è stato diagnosticato durante la sorveglianza post dimissione. In alcune categorie di intervento tale percentuale è superiore al 70%. Di seguito, i dati maggiormente significativi:

- Nella popolazione sorvegliata in Campania nel 2008, l'incidenza di infezione, calcolata come *ISC Ratio o incidenza cumulativa* (numero di ISC su 100 interventi appartenenti ad una determinata categoria), è risultata pari al 3,6 per 100 interventi, contro un dato nazionale di 2,6 per 100 interventi; l'incidenza più elevata è stata osservata negli interventi sul colon (8,8% vs 9,5%).
- Il 17% delle infezioni osservate in Campania (15% dato nazionale) coinvolge i tessuti profondi interessati dall'intervento.

**SORVEGLIANZA DEL SITO CHIRURGICO IN ITALIA PROGETTO INF-OSS**  
**Distribuzione delle infezioni per SEDE. Analisi per Categoria NHSN di Intervento**  
**Periodo di sorveglianza: anno 2007-2008**  
**Regione: CAMPANIA**

Categoria NHSN	Sede dell'infezione						Totale
	superficiale		profonda		d'organo		
CBGB	8	81 %	2	15 %	3	23 %	13 100 %
CHOL	10	82 %	4	25 %	2	12 %	16 100 %
COLO	16	89 %	6	26 %	1	4 %	23 100 %
CSEC	4	80 %	1	20 %	.	.	5 100 %
LAM	10	83 %	2	16 %	.	.	12 100 %
MAST	15	100 %	.	.	.	.	15 100 %
<b>Totale</b>	<b>63</b>	<b>75 %</b>	<b>15</b>	<b>17 %</b>	<b>6</b>	<b>7 %</b>	<b>84 100 %</b>

Nella tabella successiva, le procedure sono stratificate, oltre che per categoria di intervento, anche in base al rischio individuale di infezione, denominato Infection Risk Index (IRI). Inoltre l'incidenza è espressa anche come *ISC Rate o densità di incidenza* (numero di ISC per 1000 giorni di sorveglianza post-operatoria).

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

**SORVEGLIANZA DEL SITO CHIRURGICO IN ITALIA PROGETTO INF-OSS**  
**Incidenza infezioni del sito chirurgico per Categoria NHSN di Intervento e per IRI**  
**Interventi previsti dal protocollo**  
**Periodo di sorveglianza: anno 2007-2008**  
**Regione: CAMPANIA**

Categoria NHSN e Infection Risk Index	N° Infezioni	N° procedure	Ratio	Giorni di Sorveglianza	Rate	
CBGB	n.c.	5	104	4.81	2866	1.74
	0	2	8	25.0	129	15.5
	1	5	67	7.46	1554	3.22
	2	1	35	2.86	825	1.21
	tot.	13	214	6.07	5374	2.42
CBGC	n.c.	0	8	0.00	240	0.00
	1	0	3	0.00	90	0.00
	2	0	8	0.00	240	0.00
	tot.	0	19	0.00	570	0.00
CHOL	n.c.	4	26	15.4	643	6.22
	-1	5	228	2.19	5621	0.89
	0	5	103	4.85	2430	2.06
	1	0	43	0.00	1032	0.00
	2	2	18	11.1	407	4.91
	3	0	1	0.00	17	0.00
tot.	16	419	3.82	10150	1.58	
COLO	n.c.	4	57	7.02	1630	2.45
	-1	2	7	28.6	148	13.5
	0	3	43	6.98	994	3.02
	1	4	87	4.60	2120	1.89
	2	10	58	17.2	1174	8.52
	3	0	9	0.00	216	0.00
tot.	23	261	8.81	6282	3.66	
CSEC	n.c.	0	260	0.00	6930	0.00
	0	5	592	0.84	14340	0.35
	1	0	157	0.00	3723	0.00
	2	0	17	0.00	30	0.00
	tot.	5	1026	0.49	25023	0.20
HER	n.c.	0	1	0.00	-	-
	0	0	23	0.00	26	0.00
	1	0	4	0.00	18	0.00
	2	0	1	0.00	20	0.00
	tot.	0	29	0.00	64	0.00
HPRO	n.c.	0	1	0.00	30	0.00
	0	0	27	0.00	104	0.00
	1	0	10	0.00	-	-
	tot.	0	38	0.00	134	0.00
KPRO	0	0	3	0.00	-	-
	1	0	2	0.00	-	-
	tot.	0	5	0.00	-	-
LAM	n.c.	0	1	0.00	24	0.00
	0	9	47	19.1	622	14.5
	1	3	42	7.14	681	4.41
	2	0	10	0.00	188	0.00
	tot.	12	100	12.0	1515	7.92
MAST	n.c.	9	142	6.34	3760	2.39
	0	6	133	4.51	3022	1.99
	1	0	42	0.00	1057	0.00
	2	0	2	0.00	30	0.00
	tot.	15	319	4.70	7869	1.91

### La tubercolosi

La tubercolosi, nonostante i progressi dell'ultimo secolo in campo terapeutico-preventivo, continua ad essere una delle principali cause di morte da agente infettivo, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo ed a forte pressione migratoria.

Il progressivo aumento dei casi verificatosi, a partire dalla metà degli anni novanta, nel territorio nazionale è legato principalmente all'incremento del numero di immigrati provenienti dalle aree di endemia e della mobilità della popolazione generale (vacanze, viaggi di lavoro, globalizzazione). Inoltre, all'ulteriore aumento di incidenza segnalato nell'ultimo decennio, non poco hanno contribuito altri importanti fattori quali il prolungamento della vita media, l'aumento delle forme da riattivazione endogena in conseguenza del miglioramento della prognosi di patologie che si accompagnano a depressione immunitaria (AIDS, neoplasie, trapianti, diabete, insufficienza renale...), l'utilizzo sempre più diffuso di terapie immunosoppressive (trapianti) ed, inoltre, la diminuita conoscenza e la diagnosi tardiva della malattia tubercolare.

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Anche in Campania, le principali criticità sono rappresentate dalla difficoltà di rendere più omogenee le modalità di monitoraggio degli esiti dei trattamenti, soprattutto per i casi relativi alla popolazione straniera, ed il progressivo incremento della diffusione delle resistenze ai farmaci antitubercolari, che rende necessario tendere al miglioramento della sorveglianza su MDR ed XDR, anche attraverso il ricorso a fonti informative integrative alla notifica.

Periodo	PROV	Totale casi	INCIDENZA
2006	AV	7	1,6
	BN	4	1,4
	CE	20	2,3
	NA	181	5,9
	SA	21	1,9
<b>2006 Totale</b>		<b>233</b>	<b>4,0</b>
2007	AV	19	4,3
	BN	5	1,7
	CE	5	0,6
	NA	183	5,9
	SA	27	2,5
<b>2007 Totale</b>		<b>239</b>	<b>4,1</b>
2008	AV	22	5,0
	BN	1	0,3
	CE	13	1,4
	NA	197	6,4
	SA	19	1,7
<b>2008 Totale</b>		<b>252</b>	<b>4,3</b>
2009	AV	18	4,1
	BN	6	2,1
	CE	12	1,3
	NA	152	4,9
	SA	27	2,4
<b>2009 Totale</b>		<b>215</b>	<b>3,7</b>

PERIODO	PROVINCIA	Maschi	Femmine	non specificato	Totale complessivo	INCIDENZA
2006	AV	3	4		7	1,6
	BN	1	3		4	1,4
	CE	10	9	1	20	2,3
	NA	118	61	2	181	5,9
	SA	15	6		21	1,9
<b>2006 Totale</b>		<b>147</b>	<b>83</b>	<b>3</b>	<b>233</b>	<b>4,0</b>
2007	AV	18	1		19	4,3
	BN	4	1		5	1,7
	CE	2	3		5	0,6
	NA	124	59		183	5,9
	SA	17	10		27	2,5
<b>2007 Totale</b>		<b>165</b>	<b>74</b>		<b>239</b>	<b>4,1</b>
2008	AV	10	12		22	5,0
	BN		1		1	0,3
	CE	8	5		13	1,4
	NA	132	65		197	6,4
	SA	14	5		19	1,7
<b>2008 Totale</b>		<b>164</b>	<b>88</b>		<b>252</b>	<b>4,3</b>
2009	AV	16	2		18	4,1
	BN	2	4		6	2,1
	CE	8	4		12	1,3
	NA	107	45		152	4,9
	SA	16	11		27	2,4
<b>2009 Totale</b>		<b>149</b>	<b>66</b>		<b>215</b>	<b>3,7</b>

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

		Casi italiani per classi di età				Totale casi	INCIDENZA ITALIANI				
ANNO	PROVINCIA	0-14	15-24	25-64	65 e oltre		0-14	15-24	26-64	65 e oltre	tot
2006	AV			2	2	4	0,0	0,0	0,9	2,3	0,9
	BN	1			0	3	2,3	0,0	1,3	0,0	1,0
	CE	11		0	2	13	6,9	0,0	0,0	1,6	1,5
	NA	14	9	63	29	115	2,4	2,1	3,8	6,9	3,7
	SA	2	1	3	5	11	1,2	0,7	0,5	2,6	1,0
<b>2006 Totale</b>		<b>28</b>	<b>10</b>	<b>70</b>	<b>38</b>	<b>146</b>	<b>2,8</b>	<b>1,3</b>	<b>2,3</b>	<b>4,3</b>	<b>2,5</b>
2007	AV			6	5	11	0,0	0,0	2,6	5,8	2,5
	BN			3	1	4	0,0	0,0	2,0	1,7	1,4
	CE			3	0	3	0,0	0,0	0,6	0,0	0,3
	NA	8	9	49	27	93	1,4	2,1	2,9	6,3	3,0
	SA	2	1	4	4	11	1,2	0,7	0,7	2,1	1,0
<b>2007 Totale</b>		<b>10</b>	<b>10</b>	<b>65</b>	<b>37</b>	<b>122</b>	<b>1,0</b>	<b>1,3</b>	<b>2,1</b>	<b>4,1</b>	<b>2,1</b>
2008	AV	2		6	5	13	3,2	0,0	2,5	5,8	3,0
	BN			1	0	1	0,0	0,0	0,7	0,0	0,3
	CE	3	1	1	1	6	1,9	0,8	0,2	0,8	0,7
	NA	18	8	69	27	122	3,2	1,9	4,1	6,2	4,0
	SA	4	1	3	2	10	2,4	0,7	0,5	1,0	0,9
<b>2008 Totale</b>		<b>27</b>	<b>10</b>	<b>80</b>	<b>35</b>	<b>152</b>	<b>2,7</b>	<b>1,3</b>	<b>2,5</b>	<b>3,8</b>	<b>2,6</b>
2009	AV			6	3	9	0,0	0,0	2,5	3,5	2,0
	BN			1	3	4	0,0	0,0	0,7	5,0	1,4
	CE	1		1	1	3	0,6	0,0	0,2	0,7	0,3
	NA	12	7	47	21	87	2,2	1,7	2,8	4,7	2,8
	SA	2	1	8	7	18	1,2	0,7	1,3	3,5	1,6
<b>2009 Totale</b>		<b>15</b>	<b>8</b>	<b>63</b>	<b>35</b>	<b>121</b>	<b>1,5</b>	<b>1,0</b>	<b>2,0</b>	<b>3,8</b>	<b>2,1</b>

		Casi stranieri per class di età				Totale casi	INCIDENZA STRANIERI				
ANNO	PROVINCIA	0-14	15-24	25-64	65 e oltre		0-14	15-24	26-64	65 e oltre	tot
2006	AV	1	1	1		3	1,5	1,8	0,4	0,0	0,7
	BN			1		1	0,0	0,0	0,7	0,0	0,3
	CE	3	2	2		7	1,9	1,6	0,4	0,0	0,8
	NA	5	12	49		66	0,9	2,8	2,9	0,0	2,1
	SA	1	2	7		10	0,6	1,4	1,2	0,0	0,9
<b>2006 Totale</b>		<b>10</b>	<b>17</b>	<b>60</b>		<b>87</b>	<b>1,0</b>	<b>2,2</b>	<b>1,9</b>	<b>0,0</b>	<b>1,5</b>
2007	AV		2	6		8	0,0	3,7	2,6	0,0	1,8
	BN			1		1	0,0	0,0	0,7	0,0	0,3
	CE		1	1		2	0,0	0,8	0,2	0,0	0,2
	NA	6	15	68	1	90	1,1	3,6	4,1	0,2	2,9
	SA		2	14		16	0,0	1,4	2,4	0,0	1,5
<b>2007 Totale</b>		<b>6</b>	<b>20</b>	<b>90</b>	<b>1</b>	<b>117</b>	<b>0,6</b>	<b>2,6</b>	<b>2,9</b>	<b>0,1</b>	<b>2,0</b>
2008	AV		4	5		9	0,0	7,3	2,1	0,0	2,0
	BN					0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	CE	5		2		7	3,2	0,0	0,4	0,0	0,8
	NA	3	12	60		75	0,5	2,9	3,6	0,0	2,4
	SA		2	7		9	0,0	1,4	1,2	0,0	0,8
<b>2008 Totale</b>		<b>8</b>	<b>18</b>	<b>74</b>		<b>100</b>	<b>0,8</b>	<b>2,3</b>	<b>2,4</b>	<b>0,0</b>	<b>1,7</b>
2009	AV	1	1	7		9	1,6	1,9	3,0	0,0	2,0
	BN		1	1		2	0,0	2,9	0,7	0,0	0,7
	CE	6	1	2		9	3,8	0,8	0,4	0,0	1,0
	NA	3	13	49		65	0,5	3,1	2,9	0,0	2,1
	SA	1	2	6		9	0,6	1,4	1,0	0,0	0,8
<b>2009 Totale</b>		<b>11</b>	<b>18</b>	<b>65</b>		<b>94</b>	<b>1,1</b>	<b>2,4</b>	<b>2,1</b>	<b>0,0</b>	<b>1,6</b>

In questo contesto l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania, Osservatorio Epidemiologico Regionale, ha ritenuto necessario aggiornare le raccomandazioni regionali, emanando le "Linee di indirizzo per le attività di cura, prevenzione e controllo della tubercolosi" approvate dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 1577 del 15/10/2009.

Il documento descrive gli obiettivi al cui raggiungimento deve tendere il Sistema sanitario regionale attraverso le Strutture che operano nel campo della prevenzione, diagnosi e cura della tubercolosi.

Esso, inoltre, si propone di fornire linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania in merito agli ambiti territoriali, i livelli funzionali, le capacità operative ed i requisiti, a cui esse dovranno far riferimento ai fini della realizzazione o dell'adeguamento delle Unità funzionali individuate per la costituzione del predetto sistema assistenziale.

Gli interventi previsti sono basati principalmente sul migliore utilizzo di risorse già esistenti e sulla integrazione funzionale dei diversi livelli operativi in un ottica organizzativa basata sul modello di rete, proponendosi la realizzazione dei seguenti obiettivi:

1. Assicurare, sull'intero territorio regionale, la presenza di strutture idonee a garantire adeguati percorsi di prevenzione, diagnosi e trattamento.
2. Migliorare la sorveglianza epidemiologica potenziando e razionalizzando il flusso informativo.
3. Creare una rete integrata di strutture tra loro coordinate che, a livelli differenti, provvedano alla diagnosi ed al trattamento.
4. Aumentare la compliance ed il numero di soggetti che completano il trattamento garantendo la facile reperibilità e la consegna diretta (distribuzione) dei farmaci ed il follow-up dei casi e dei contatti.

#### *Le malattie trasmesse dagli animali*

Sicurezza alimentare: il livello economico-sociale purtroppo influisce in maniera negativa anche su un importantissimo aspetto della Medicina di Prevenzione quale il controllo delle malattie trasmesse dagli alimenti (MTA). L'importanza della sicurezza alimentare giustifica il suo inserimento nell'elenco dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui la sanità pubblica deve garantire l'erogazione, nonché negli obiettivi del presente Piano Regionale di Prevenzione.

La legislazione comunitaria, nazionale e regionale stabilisce che la sicurezza alimentare deve essere garantita in primis dagli stessi operatori del settore alimentare (OSA). Parallelamente è attivo un sistema integrato dei controlli ufficiali che in Campania si fonda sui Servizi "Igiene degli alimenti" e "Veterinari" dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. nonché sul Nucleo Regionale dei Controlli Ufficiali (NU.RE.C.U.); tali organismi rappresentano rispettivamente il livello territoriale e regionale dell'Autorità Competente di cui al D.l.vo 193/07. Essi, spesso in collaborazione con altre Autorità, espletano i controlli su tutte le filiere alimentari "dal campo alla tavola". I principi cardine del sistema dei controlli regionale sono esplicitati nel Piano Regionale Integrato dei controlli ufficiali (P.R.I.), tra i quali quello fondamentale è la proporzionalità tra il rischio accertato in una impresa ed il numero e l'intensità dei controlli ufficiali da svolgere in essa. In concreto il sistema prevede la categorizzazione degli OSA in cinque categorie di rischio, sulla base di una serie di indicatori legati, tra l'altro, alla tipologia dell'attività, alle condizioni strutturali ed igienico-sanitarie degli impianti, al target cui è rivolto, all'entità della capacità produttiva. Ad ogni categoria di rischio, che periodicamente può essere confermata o modificata, corrisponde una determinata intensità dei controlli ufficiali (frequenza, prelievo e analisi campioni)

In regione Campania il controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare e di Sanità Pubblica Veterinaria, si avvale, inoltre, di un sistema informatico on line denominato "GISA" che consente la gestione delle attività a cura delle AA.SS.LL. e la disponibilità in tempo reale dei relativi dati ai fini del monitoraggio e della programmazione. Tali dati sui controlli ufficiali convergono nell'Osservatorio Regionale Sicurezza Alimentare (ORSA) dove vengono analizzati unitamente a tutti gli altri dati relativi a qualsiasi accadimento che possa influire sulla sicurezza alimentare. Le criticità e le priorità emerse dall'analisi effettuata dall'ORSA vengono comunicate all'AC. L'importanza di un sistema informatico unico regionale dei controlli, funzionale e rapido, consente di ottimizzare le risorse e mirare gli interventi sulle problematiche reali emerse dall'analisi del rischio effettuata dall'Osservatorio. In tal modo si è

inteso ovviare alle difficoltà ed alle problematiche appalesatesi in passato dovute ad una frammentarietà dei dati e dei flussi informativi. Dal sistema informatico GISA nel 2009 risultano effettuati circa: n. 8.000 controlli ufficiali, n. 3.000 campioni relativi alla sicurezza alimentare.

Ad eccezione della Provincia di Napoli dove la densità di popolazione non lo permette, il territorio campano è dedicato in larga parte alle attività agro-zootecniche; è presente inoltre una notevole presenza di azienda di produzione primaria che si occupano di pesca e di acquacoltura (soprattutto itticoltura marina e molluschicoltura). Nel settore zootecnico si registra una progressiva e sensibile riduzione del numero di aziende dedite all'allevamento di animali, tranne nel comparto dell'allevamento bufalino in considerazione della produzione tipica della mozzarella di bufala campana che è apprezzata a livello mondiale.

Nel sistema informatico GISA, attualmente in progress, risultano inseriti i dati di:

- n. 1.200 stabilimenti riconosciuti CE
- n. 59.200 allevamenti
- n. 40.000 imprese che a vario titolo si occupano di alimenti per uso umano

L'attività di ristorazione è molto diffusa in Campania, ovviamente soprattutto nelle province e nei comuni a vocazione turistica ed a elevata capacità recettiva alberghiera. Si assiste inoltre, soprattutto nelle città, ad un incremento dell'abitudine al consumo di pasti "fuori casa" connesso ad esigenze lavorative e scolastiche. Nel sistema informatico GISA risultano attualmente inseriti i dati di n. 5000 ristoranti, n. 4500 bar e n. 1000 mense per la ristorazione collettiva.

Malattie trasmesse dagli Animali: sono numerose ancora le problematiche afferenti a tale area di intervento del Servizio Veterinario pubblico che, abbondantemente già superate in altre Regioni d'Italia, affliggono invece alcune parti del territorio campano. Per affrontarle vengono quindi concentrate su tali attività energie lavorative che, diversamente, potrebbero essere indirizzate ad affrontare patologie più nuove (importante il capitolo delle malattie esotiche che progressivamente stanno interessando il Paese) o alzare il livello delle prestazioni del Servizio pubblico improntandole ad una più efficace azione di prevenzione.

La legislazione comunitaria, nazionale e regionale stabilisce che la sanità degli animali di allevamento, almeno nei confronti delle malattie soggette ad obbligo di eradicazione (Brucellosi, Tubercolosi e Leucosi di bovini e ovicaprini, nonché la Malattia Vescicolare dei Suini) debba essere garantita mediante effettuazione di controlli a tappeto periodici, prevalentemente di tipo sierologico, atti ad evidenziare la eventuale presenza di animali infetti nell'ambito delle aziende.

Anche per altre patologie sono attivi piani di controllo che però prevedono una attività non sistematica, a campione; è il caso per esempio dei controlli che vengono effettuati per Blue-tongue e West-Nile Disease (malattie un tempo esotiche, di recente rilevate anche nel nostro Paese)

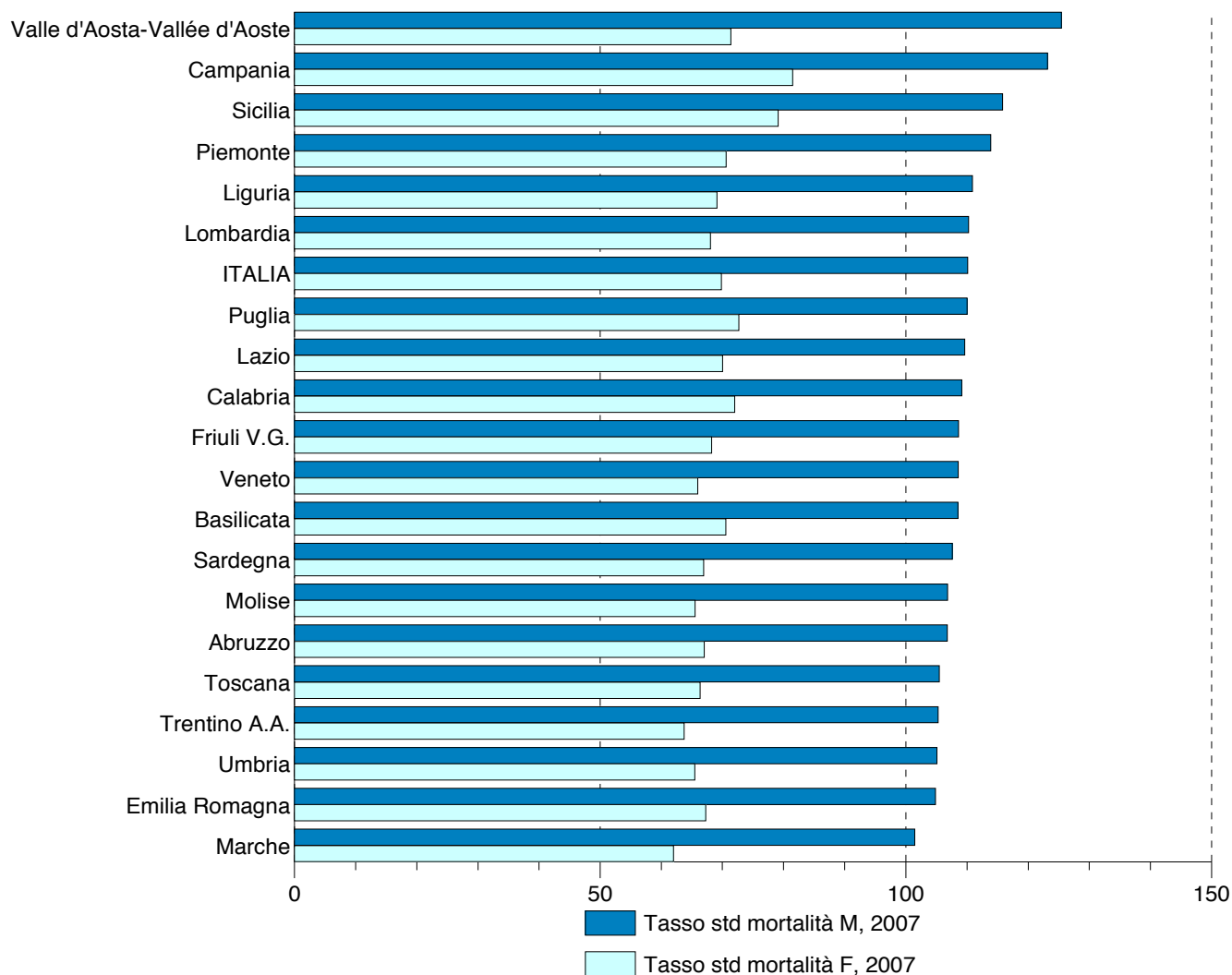
Per quanto riguarda il capitolo delle zoonosi (malattie trasmissibili dagli animali all'uomo e viceversa), oltre a quelle già citate riguardanti gli animali da reddito (TBC e Brucellosi e West-Nile Disease) particolare attenzione è posta dalla norma nazionale e regionale su quelle trasmesse dai carnivori domestici, in particolare la leishmaniosi, oggetto di apposita norma di controllo sistematico regionale, e la echinococcosi-idiatidiosi per la quale la raccolta dei dati epidemiologici è garantita dall'obbligo di segnalazione delle lesioni rilevate al macello negli animali da reddito che, come l'Uomo, sono ospiti intermedi della malattia.

### *La mortalità*

*Un eccesso di mortalità, sia tra gli uomini che tra le donne*

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Durante il 2007, l'anno più recente per cui l'Istat ha reso disponibili i dati sulla mortalità, in Campania sono decedute 48.403 persone, 24.141 uomini e 24.262 donne: la popolazione regionale mostra la mortalità più elevata, sia tra gli uomini (quasi a pari merito con la Valle d'Aosta) che tra le donne, confermando un differenziale che rimane inalterato da oltre 30 anni. Questo differenziale, per entrambi i sessi, è pari a circa 11 decessi in più ogni 10.000 abitanti, rispetto al valore medio nazionale.



Tassi di Mortalità, per 10.000 abitanti, standardizzati per età (Italia 2007)

*Quali sono le cause di morte che spiegano queste differenze?*

Come si evince dalla tabella seguente, oltre la metà dell'eccesso di mortalità registrato in Campania, tra gli uomini nel 2007, è dovuto soprattutto a cause cardiovascolari. In parte, anche, a diabete, malattie respiratorie e tumori, specie quelli del polmone e del fegato

Tra le donne, gli 11 decessi in più, ogni 10.000 abitanti, rispetto all'Italia, sono dovuti soprattutto alle malattie cardiocircolatorie, e in misura minore al diabete, a malattie del digerente, come la cirrosi epatica, ed alle malattie respiratorie.



<b>Tassi di mortalità, standardizzati per età (per 10.000 abitanti)</b>				
<b>Campania – Italia - Anno 2007</b>				
<b>Cause di morte</b>	<b>Uomini</b>		<b>Donne</b>	
	<b>Campania</b>	<b>Italia</b>	<b>Campania</b>	<b>Italia</b>
Tumori	38,9	37,8	19,5	20,1
Diabete mellito	5,0	3,3	5,2	2,8
Malattie del sistema nervoso	3,3	3,6	2,7	2,9
Malattie del sistema circolatorio	48,1	41,1	38,1	28,9
Malattie del sistema respiratorio	10,2	9,2	3,9	3,7
Malattie dell'apparato digerente	5,0	4,6	3,8	2,9
Cause accidentali e violente	4,1	5,6	2,4	2,4
Altre cause	10,2	8,7	6,3	6,7
<b>Totale</b>	<b>124,8</b>	<b>113,9</b>	<b>81,8</b>	<b>70,4</b>

*Esistono differenze rilevanti all'interno della regione*

Ciò che fa riflettere maggiormente è che la differenza è imputabile soprattutto all'area costituita dalle province di Napoli e Caserta, in cui è pari rispettivamente a 15 e 10 morti in più per 10.000 abitanti e le malattie cardiovascolari spiegano gran parte dell'eccesso di mortalità mentre le restanti province hanno tassi di mortalità, standardizzati per età, più vicini al dato medio nazionale.

Nel napoletano, inoltre, in aggiunta alle malattie cardiovascolari, assumono importanza i tumori, le malattie respiratorie, quelle dell'apparato digerente e le cause endocrine e metaboliche, soprattutto il diabete. L'anno più recente per cui l'Istat ha rilasciato il numero di decessi per causa a livello di provincia è il 2006 (v. tabella che segue).

*Mortalità infantile*

E' un indicatore che esprime in modo generico e sintetico il grado di sviluppo sociale, ambientale e sanitario di una popolazione. L'indicatore esprime il numero di morti nel primo anno di vita, in rapporto al numero di nati. La mortalità infantile della Regione, pur rimanendo tradizionalmente ancora una delle più elevate d'Italia (4,7‰ nel 2002, Italia 4,4‰), negli ultimi anni ha mostrato una delle più alte percentuali di riduzione rispetto alle altre Regioni italiane: 57% dal 1991 al 2002, a fronte di una riduzione media nazionale del 44%. Ai tre quarti di questa mortalità contribuisce la cosiddetta "incomprimibile" mortalità neonatale, in particolare quella precoce.

*Tumori*

Nella Regione Campania sono attivi due Registri Tumori: il Registro Tumori della Regione Campania - allocato presso la ex ASL NA4, operativo dal 1996, e riferito al solo territorio della ex ASL Napoli 4 - ed il Registro Tumori della Provincia di Salerno - attivo dal 1997, tutt'oggi gestito dall'ente provinciale e riferito al territorio dell'intera provincia di Salerno.

Le pagine seguenti riportano dati e valutazioni epidemiologiche del Registro Tumori Regionale c/o la ex ASL Napoli 4.

I 35 Comuni che costituiscono l'area coperta dal Registro sono tutti dislocati nell'area a nord della provincia di Napoli e coprono una popolazione di circa 570.000 abitanti; una parte consistente di tale popolazione vive nei Comuni immediatamente a ridosso della città di Napoli, la cosiddetta area metropolitana, per cui risente, anche nell'andamento della patologia oncologica, dei fattori caratterizzanti le grandi aree urbane. Attualmente il Registro ha completato la raccolta ed elaborazione dei dati relativi ai casi di incidenza dell'anno 2007; i dati prodotti vengono validati ed inseriti nella Banca Dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori ( AIRTum ); sono stati inoltre validati dalla Agenzia Internazionale Ricerca sul Cancro ( IARC ) - Lione e inseriti nel rapporto quinquennale del *Cancer Incidence in Five Continents* – vol. IX.

#### *Dati di Incidenza*

Per tutti i tumori considerati nel loro insieme, nel periodo 1997/2007, nella popolazione sorvegliata dal Registro è stata rilevato un tasso di incidenza (standardizzato per età- pop. europea) pari a 494 casi per 100.000 abitanti per i maschi e di 332 per 100.000 per le donne.

In Italia, gli ultimi dati disponibili, riferiti al periodo 2003/2005, riportano tassi più elevati, rispettivamente: 580 per 100.000 per i maschi e 409 per 100.000 per le donne. ( [www.registri-tumori.it](http://www.registri-tumori.it) )

Entrando nel dettaglio di singoli tumori, nell'area di riferimento del Registro Campano è possibile evidenziare che:

- mostrano tassi di incidenza più alti rispetto al dato medio nazionale dei Registri:
  - il tumore del polmone nei maschi (96 contro 80 per 100.000 abitanti);
  - il tumore del fegato sia nei maschi che nelle femmine; (rispettivamente tassi di 49 e 18 per 100.000 contro tassi rispettivamente di 20 e 6 per 100.000 del Pool dei Registri italiani);
- hanno tassi di incidenza simili al dato medio nazionale:
  - le leucemie, sia nei maschi che nelle donne, ed i linfomi nelle donne, tumori che presentano gli stessi tassi di incidenza al Nord, al Centro ed al Sud;
- tutti gli altri tumori presentano tassi di incidenza più bassi e, alcuni, marcatamente più bassi rispetto al valore medio del pool dei Registri Tumori Italiani:
  - il tumore della mammella nella donna (94 contro 119 per 100.000);
  - il tumore del colon sia nei maschi che nelle femmine (rispettivamente 31 e 22 x 100.000 contro 45 e 30 per 100.000 del Pool);
  - il tumore della prostata (44 contro 88 per 100.000).

Il dato più preoccupante è il tasso di tumori epatici più che doppio rispetto ai tassi del Pool dei Registri. Il tumore epatico è associato principalmente alle infezioni da virus per l'Epatite C e B, che in Campania hanno una circolazione elevata, come mostrato anche recentemente da uno studio sulla diffusione dell'infezione da Virus dell'epatite C e B nel territorio della ASL NA4. Tale studio ha evidenziato una prevalenza del 7,8% di infezione di epatite C (circa sette volte superiore al tasso di prevalenza medio italiano) nell'intera area della ex ASL Napoli 4 e tassi di prevalenza più alti nei Comuni in cui sono più alti i tassi di incidenza per cancro al fegato. Questi dati supportano l'ipotesi che la più alta incidenza, e mortalità, per tumori epatici sia da ascrivere essenzialmente all'endemia di Virus dell'epatite C e B presente sul territorio. ( Fusco M. et All - Eur J Cancer. 2008 Apr;44(6):847-53).

Relativamente alla incidenza marcatamente più bassa del cancro della prostata, è possibile che ciò sia dovuto alla minore diffusione che il test diagnostico del PSA ha avuto alla fine degli anni '90, nell'area del Registro ed in generale in Italia meridionale rispetto all'Italia centro settentrionale.

#### *Andamento nel tempo della patologia neoplastica*

L'analisi dei trend temporali della patologia oncologica evidenzia che:

- il tumore polmonare nei maschi ha avuto un trend in progressivo aumento fino all'anno 2000, mentre nel periodo 2001/2007 non sono stati rilevati ulteriori incrementi statisticamente significativi, ma si è assistito ad una sostanziale stabilizzazione; attualmente in tasso di incidenza nell'area del Registro ha raggiunto e superato l'incidenza media nazionale;
- in tre tumori, - mammella della donna, prostata e colon - sia nei maschi che nelle donne, è stato rilevato un trend in progressivo e significativo aumento dei tassi di incidenza; tali tassi, tuttavia, si mantengono attualmente più bassi rispetto al Pool. E' possibile ricondurre questi andamenti a cause tra loro diverse:
  - il progressivo aumento dei tumori della mammella della donna è in parte da attribuire ad un maggiore ricorso alla pratica della mammografia ed altri esami diagnostici mirati alla identificazione della neoplasia in fase preclinica;
  - il marcato aumento del tumore della prostata può essere attribuito alla aumentata diffusione del test del PSA;
  - il significativo aumento del tumore del colon, invece, non sembra dovuto in modo determinante ad un aumento diagnostico in fase pre clinica, bensì ad un reale aumento dei casi; è possibile ipotizzare che tale aumento sia in parte da associare alla progressiva perdita, nelle popolazioni dell'Italia meridionale, del fattore protettivo rappresentato dalla dieta mediterranea soppiantata da una globalizzazione delle abitudini alimentari.

( Fusco M. et All - Eur J Cancer. (2009), doi:10.1016/j )

### *Sopravvivenza oncologica*

La sopravvivenza oncologica fornisce indicazioni che consentono di valutare, non soltanto la qualità delle cure messe in atto, ma l'intero sistema preventivo, diagnostico e terapeutico attivato in campo oncologico a livello regionale.

Inoltre, poiché i cittadini residenti nella ASL Napoli 4, in realtà, usufruiscono per questo tipo di patologia della rete dei servizi assistenziali su base regionale, le indicazioni che ricaviamo, non sono limitate ai servizi sanitari della ASL, ma riguardano l'intero sistema sanitario della Regione Campania.

Rispetto alla media italiana, nella ASL Napoli 4, nel periodo 1996 - 2005, c'è stato un minor numero annuo di nuovi casi di cancro ma una maggiore mortalità per gli stessi tumori; questa apparente contraddizione è dovuta alla minore sopravvivenza dei casi di cancro diagnosticati nell'area del Registro.

Infatti la percentuale di casi totali di cancro che sopravvive a cinque anni dalla diagnosi è, nell'area di riferimento del Registro, per gli uomini del 42% (contro il 47% del dato nazionale) e per le donne del 56%, contro il 60% nazionale.

Scendendo nel dettaglio dei singoli tumori, i dati evidenziano che mentre non c'è differenza sostanziale nella sopravvivenza dei casi affetti da tumori a cattiva prognosi (polmone, vie biliari), la differenza c'è in due gruppi:

- tumori la cui sopravvivenza è fortemente modificabile dalla diagnosi precoce, principalmente dalla attivazione e corretta pratica degli screening di popolazione; è il caso dei tumori della cervice uterina, mammella, colon-retto che presentano il maggior differenziale di sopravvivenza rispetto all'Italia centro settentrionale; la sopravvivenza a cinque anni è, infatti di 7 - 10 punti percentuali più bassa;
- tumori la cui sopravvivenza risente della qualità complessiva dei percorsi diagnostico-terapeutici: stomaco, tiroide, testicoli.; anche questi casi presentano una sopravvivenza più bassa seppure con percentuali più contenute;

- i tumori ematologici, invece, come le leucemie e i linfomi, in cui la sopravvivenza è in linea con quella nazionale. Va detto che per i tumori ematologici, in Campania, c'è una minore dispersione dei percorsi diagnostico-terapeutici con una maggiore attrazione dei casi verso pochi centri regionali di eccellenza.

Sul deficit di sopravvivenza pesano notevolmente:

- Il ritardato avvio e la attuale bassa compliance degli screening della cervice uterina e della mammella e il solo recente avvio, a macchia di leopardo, di quello del colon retto;
- le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie di diagnosi e cura da parte delle fasce di popolazioni più deboli e a rischio;
- l'enorme frazionamento dei percorsi sanitari ( migrazione, notevole presenza di strutture sanitarie private convenzionate) in assenza di uno standard di qualità di riferimento sia di tipo diagnostico che terapeutico; ciò impedisce, tra l'altro, la realizzazione di una analisi oltre che dei costi anche della qualità delle prestazioni rese.

### *Conclusioni*

Una visione d'insieme dell'andamento della patologia oncologica a livello regionale evidenzia il persistere di una minore incidenza complessiva di cancro che si accompagna, però ad una maggiore mortalità e ad una progressiva modifica della patologia oncologica sul territorio; tale modifica è presumibilmente legata a cambiamenti delle esposizioni a fattori cancerogeni: condizioni individuali predisponenti, abitudini e stili di vita, esposizioni professionali, fattori cancerogeni da inquinamento ambientale. La molteplicità di questi fattori e le interazioni tra di essi sconsigliano le facili semplificazioni; ciò nonostante, però, è possibile affermare con sufficiente livello di sicurezza che siamo di fronte a :

- un eccesso di casi di cancro del polmone tra gli uomini legato prevalentemente all'esposizione al fumo di sigaretta;
- un eccesso di cancro del fegato dovuto prevalentemente alla endemia da virus B e C;
- un insufficiente livello di diagnosi precoce per il cancro della cervice uterina, della mammella e del colo retto,
- una frantumazione e mancato controllo dei flussi diagnostico ed assistenziali in campo oncologico, condizione che impedisce il raggiungimento di buoni standards qualitativi.

Gli elementi suaccennati dovrebbero entrare a far parte delle valutazioni che sottendono e determinano un piano di prevenzione oncologico a livello regionale.

### *Cure odontoiatriche*

In Regione Campania, nonostante che la salute del cavo orale venga considerata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come parte integrante non solo dello stato di salute generale ma anche della qualità della vita degli individui, è stata posta poca attenzione riguardo alla prevenzione delle patologie orali, constatando che persistono dei segmenti della popolazione che hanno difficoltà ad accedere ai servizi sanitari del settore.

La rimozione di tali disuguaglianze è quindi obiettivo primario nelle strategie volte a promuovere una prevenzione odontostomatologica.

La normativa che regola l'accesso alle cure odontoiatriche nel nostro Paese è stata sviluppata essenzialmente a partire dal 1992: in particolare nel 2001 sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM del 29 novembre 2001) con i quali è stato stabilito che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire a tutta la popolazione e a titolo gratuito i servizi per il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche e per la diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale.

Allo scopo di ridurre la disparità nell'accesso alle cure odontoiatriche tra i cittadini, la stessa normativa prevede che alla popolazione in età evolutiva (0-14 anni) ed ai segmenti svantaggiati della popolazione (ossia coloro che presentano situazioni di particolare vulnerabilità sanitaria o sociale) sia garantito, sempre a titolo non oneroso, l'accesso ad ulteriori trattamenti.

Le Regioni e le Province Autonome sono state chiamate ad attuare tali norme statali e a definire sia le condizioni che determinano lo status di vulnerabilità sociale e sanitaria che le prestazioni erogabili gratuitamente ai segmenti della popolazione così individuati.

Il Ministero della Salute nel 2006 ha avviato per la prima volta una iniziativa dedicata all'odontoiatria e ha promosso un progetto di prevenzione e promozione della salute orale, iniziato nel 2007 e ultimato a marzo del 2009. Tale progetto ha prodotto le Linee Guida nazionali contro le patologie orali in età evolutiva.

Il Ministero della Salute da due anni ha recepito la necessità di affrontare il problema odontoiatrico pubblico; ha commissionato infatti un censimento delle strutture odontoiatriche, al fine di quantificare le prestazioni erogate per poter valutare la loro entità e tipologia e probabilmente avviare una formazione pertinente dei propri operatori.

A conferma dell'interesse del Ministero, nel documento sulla situazione sanitaria del Paese dell'anno 2009, accanto ad altri indicatori di salute, compare anche l'analisi sulle malattie dei denti e della bocca.

L'importanza di promuovere la salute orale è quindi ampiamente riconosciuta dagli organismi nazionali ed internazionali.

Tuttavia il monitoraggio della salute orale della popolazione e la valutazione dell'efficacia delle politiche attuate in questo campo risultano essere particolarmente complessi.

La difficoltà nell'avere dati epidemiologici è legata al fatto che l'odontoiatria pubblica non assolve questo compito.

Del resto ciò presupporrebbe un'adeguata formazione ed organizzazione per la raccolta di dati di patologia nelle sedi adeguate o quantomeno all'interno della fetta di popolazione che riesce ad accedere al Servizio Sanitario Nazionale.

Il mancato ricorso alle cure odontoiatriche può difatti essere imputabile ad una molteplicità di cause: tra queste troviamo l'assenza di patologie che richiedono il ricorso a trattamenti sanitari specifici, la mancata percezione di tale necessità ed, infine, la difficoltà ad accedere ai servizi sanitari stessi.

Questa, a sua volta, può essere dovuta non solo a motivi logistici (servizi sanitari non distribuiti capillarmente sul territorio), ma anche alla mancanza di risorse economiche adeguate che di fatto ne impedisce l'accesso.

La maggior utenza presso i dentisti privati è determinata da motivi correlati alle lunghe liste di attesa che il pubblico presenta e probabilmente anche al desiderio che le terapie necessarie vengano erogate sempre dallo stesso professionista, cosa che il pubblico difficilmente è in grado di offrire.

Si pone quindi il problema della disponibilità di informazioni statistiche adeguate ed aggiornate che misurino non solo il ricorso a servizi sanitari (sia pubblici che privati) per patologie connesse alla salute orale da parte della popolazione a livello regionale o sub-regionale, per le principali caratteristiche socio-demografiche, economiche e per lo stato di salute generale della popolazione residente, ma che rendano anche possibile la stima della domanda non espressa di servizi sanitari connessi alla salute del cavo orale.

Il ricorso alle cure odontoiatriche è, un importante indicatore delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, in quanto varia significativamente per età e status socio-economico.

Nel grafico allegato si evidenzia un forte svantaggio per la popolazione residente nelle regioni del Mezzogiorno dove la quota di quanti ricorrono al dentista, è inferiore al valore medio nazionale. In particolare è in Campania (26,0%) che si osserva la situazione peggiore.

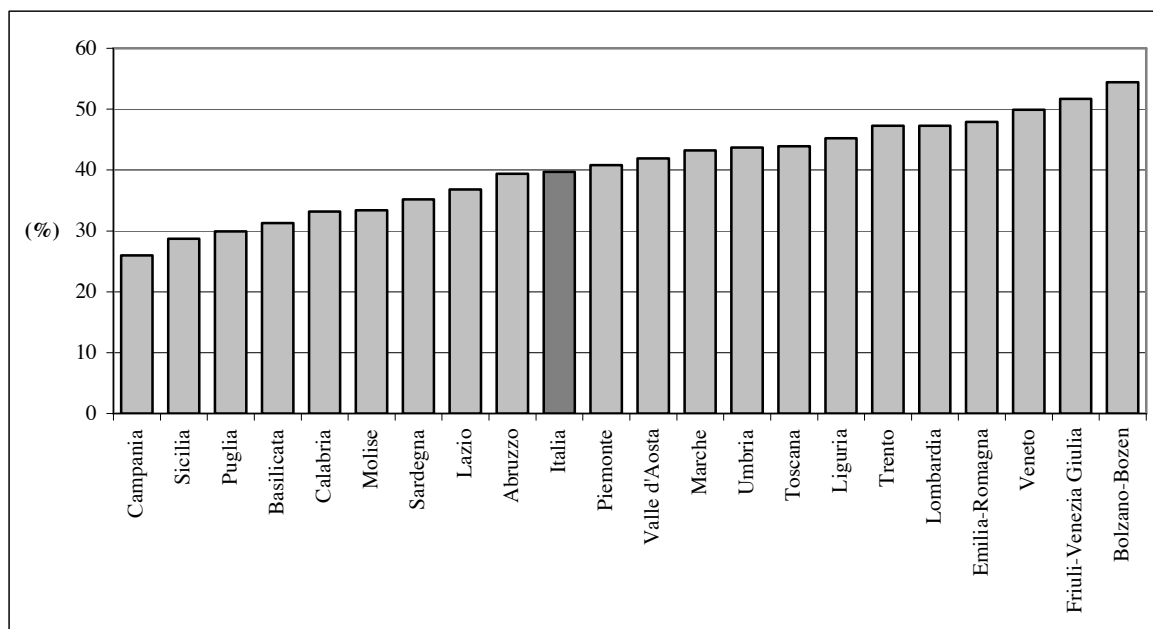


Grafico 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre che ha fatto ricorso negli ultimi dodici mesi ad un dentista o ortodontista per regione - Anno 2005 - Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2005.

### Un Piano di Prevenzione alla luce della cultura della salute di genere

Il *Gender Mainstreaming*, cioè la visione di genere nella politica, è principio affermato in molte risoluzioni dell'Unione Europea e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), ma la strada da percorrere è ancora molto lunga. Investire prioritariamente sulla salute delle donne e sulla loro istruzione (WHO 2007), non rappresenta più un'azzardata o fantasiosa scelta politica, ma una pratica per il miglioramento delle condizioni di vita dell'intera comunità e per un'egualitaria affermazione dei diritti di cittadinanza che sono alla base dello sviluppo.

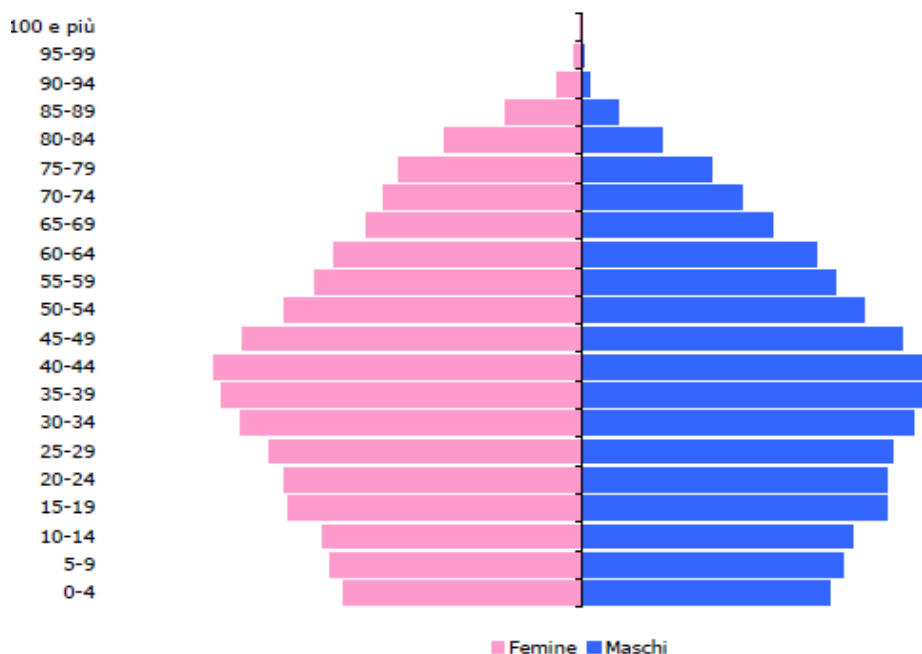
Le differenze tra i generi in ambito sanitario stanno muovendo i primi passi ed è importante che entrino a pieno titolo anche negli interventi di prevenzione. In base ai dati disponibili sulle condizioni di salute delle donne, si delinea in Italia, e soprattutto nel Meridione, una seria questione di sanità pubblica. Le donne del Sud, più povere, meno acculturate e, se anziane, anche più sole, pagano il prezzo di una programmazione sanitaria scarsamente orientata a realizzare interventi di offerta attiva di salute finalizzati al miglioramento concreto della loro condizione. E' pertanto necessario porre dei correttivi efficaci perché questa penalizzazione delle donne del Sud, e in particolare delle donne campane, venga superata al più presto.

### *La povertà' al femminile*

Dalla osservazione della piramide per classi d'età della popolazione residente al 1 Gennaio 2009 in Regione Campania si osservano particolari differenze di genere nelle fasce di età più alte.

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

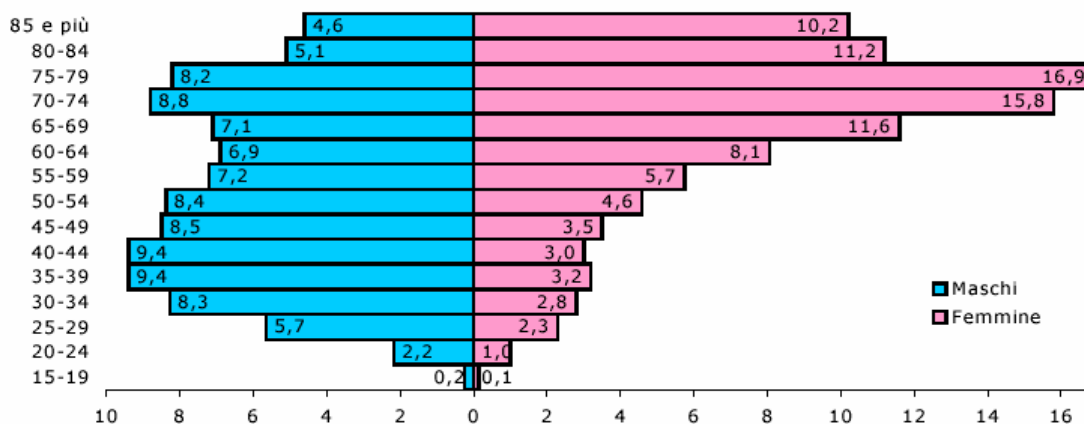
Residenti in Campania per classe di età e sesso al 1° gennaio 2009



I due eventi che hanno maggiore probabilità di causare una caduta di reddito in un nucleo familiare, sono la perdita del lavoro del capofamiglia e la perdita del principale percettore di reddito a causa di un divorzio, di una separazione o di un lutto» Granovetter e Tilly (1988).

In Campania le donne di 65aa e più, rappresentano il 58% del dato regionale: di queste il 9.4 sono nubili, l'1% divorziate, il 43.8 coniugate e 45.8 vedove<sup>6</sup>.

Grafico 8 - Persone sole per età e sesso. Napoli 2001 (% sul sesso)



<sup>6</sup> Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, "Popolazione residente per età, sesso e stato civile" **Popolazione Italiana di 65 anni ed oltre per sesso e regione, 01/01/2009** (v.a. e val. %)

Dall'osservazione delle piramidi appare del tutto evidente che le donne in tutta la Campania e nella città di Napoli rappresentano la schiacciante maggioranza degli anziani soli. Alla solitudine, elemento che di per se configura un forte rischio di esclusione sociale e di fragilità, bisogna aggiungere la grave crisi economica che negli ultimi anni ha coinvolto l'intero Paese con esiti più devastanti al Sud (ISTAT 2009). L'instabilità economica incide in maniera significativa trasversalmente sull'intera popolazione; peggiora marcatamente la qualità di vita degli anziani, compromette, per la comparsa di criticità sempre più emergenziali quella della popolazione altrimenti attiva ed impedisce ai giovani di soddisfare le proprie esigenze, pregiudicando in tal modo lo sviluppo sociale ed economico di una intera generazione.

Il PRP campano non può prescindere dal considerare la peculiarità del contesto socio-economico attuale e soprattutto futuro in quanto molti degli ammortizzatori che sono intervenuti in questi ultimi tempi sono in via di esaurimento anch'essi, inoltre le risorse familiari che hanno consentito di garantire la dipendenza dei giovani non occupati, se non interverranno elementi di sviluppo economico per il Sud si svuoteranno e ciò aggiungerà alla attuale crisi sociale anche una importante emergenza sanitaria.

Ma la povertà non riguarda solo le donne anziane, il differenziale di povertà tra donne e uomini (*gender poverty.gap* Casper, McLanahan, Garfinkel 1994), cioè il rapporto tra gli indici di diffusione per i due generi riguarda anche le donne giovani maggiormente penalizzate sotto l'aspetto occupazionale. (il tasso di disoccupazione al femminile in Campania si attesta attorno al 20,09 per cento rispetto ad una media nazionale pari al 9,5). Inoltre la precarietà economica contribuisce al fenomeno della bassa fecondità e amplifica la dicotomia già esistente tra maturità biologica e maturità sociale, che sposta avanti nel tempo l'età del primo figlio per le donne. (28.5 anni per le Campane contro 31 anni per il centro Nord)<sup>13</sup>. Ciò comporta la riduzione del numero di figli per donna, e della durata dell'allattamento. L'età al primo parto e la durata dell'allattamento, inoltre, sono entrambi fattori predittivi per il cancro come vedremo più avanti.

La definizione di "fasce deboli" che solitamente e inadeguatamente sta a indicare i bambini, le donne e gli anziani, meglio sarebbe modificarla in "fasce penalizzate". Di *debole* le donne hanno solo il reddito e il mancato riconoscimento sociale. Le donne, come i bambini e gli anziani, sono rese più vulnerabili nel proprio e dal proprio contesto di riferimento, lì dove per vulnerabilità sociale si intende "l'insieme di caratteristiche di una persona o di un gruppo e della situazione in cui si trovano a vivere, che influenza la loro capacità di anticipare, adattarsi, resistere all'impatto di eventi negativi" (Wisneretal, 2004).

#### *Uno sguardo di genere sul P.R.P. campano*

Analizzando le aree di intervento del P.N.P. è possibile prevedere una concreta offerta attiva di interventi di prevenzione dedicati alle donne. Per ciascuno dei punti che seguono, il genere femminile rappresenta uno dei determinati di malattia inteso non solo come *predisponente* cioè legato ad esempio a fattori endocrini, ma anche fortemente dipendente dal contesto antropologico e sociale in cui è codificato l'impianto organizzativo dell'assistenza sanitaria, che vede l'ammalato come neutro, quando non esclusivamente maschile.

Alcune aree d'intervento che richiederanno maggiore attenzione sono le seguenti:

- l'inappropriato ricorso al TC per le donne campane dove più della metà partoriscono mediante TC, senza che questo si traduca in un miglioramento della mortalità e morbilità neonatale. L'aver partorito mediante TC incide sulla percezione della qualità di vita;
- la violenza sessuale, che da sola comporterebbe -per le implicazioni in termini di danno acuto e cronico- una trattazione dedicata;
- la prevenzione oncologica;
- l'influenza degli inquinanti ambientali a carico delle donne in stato di gravidanza o durante l'allattamento.



*Il rischio cardiovascolare e le recidive degli accidenti cardiovascolari*

La principale causa di morte, per le donne di età compresa tra i 44-59 anni, è la patologia cardiovascolare. La diagnosi di questa patologia è sottostimata ed avviene in uno stadio più avanzato rispetto agli uomini; la prognosi è più severa per pari età, ed è maggiore il tasso di esiti fatali alla prima manifestazione di malattia.

**Tabella 1** – Progetto CUORE-Studi Longitudinali: Tassi di incidenza e letalità; uomini e donne 35-74 anni

Età	Eventi Coronarici				Eventi Cerebrovascolari			
	Uomini		Donne		Uomini		Donne	
	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %
35-44	3,0	8,8	0,3	7,7	0,5	16,7	0,3	23,1
45-54	4,2	18,6	1,0	11,5	1,6	33,3	0,6	31,0
55-64	10,9	35,3	2,5	27,5	4,8	31,8	2,2	34,2
65-74	10,6	56,4	4,6	63,6	7,7	47,5	5,3	55,3
35-74	6,3	30,4	1,4	28,0	2,7	34,3	1,2	37,7

Se osserviamo i tassi di incidenza sia degli eventi coronarici che di quelli cerebrovascolari e li rapportiamo alla letalità, risulta del tutto evidente che le donne hanno esiti più letali. Anche negli Stati Uniti esiste una sconcertante differenza di genere nei tempi di risposta dell'assistenza medica in caso di crisi cardiaca: le donne infatti, in media, vengono sottoposte alle cure appropriate nei reparti di Emergenza più in ritardo del 52 per cento rispetto agli uomini.

**Trend tasso standardizzato di ricoveri per infarto miocardio acuto, donne**

Aree	1999	2000	2001	2002
<b>Campania</b>	<b>6,8</b>	<b>6,6</b>	<b>7,4</b>	<b>8,2</b>
<i>Mezzogiorno</i>	<i>6,4</i>	<i>6,2</i>	<i>7,1</i>	<i>8,0</i>
<b>ITALIA</b>	<b>7,0</b>	<b>7,3</b>	<b>8,0</b>	<b>8,7</b>

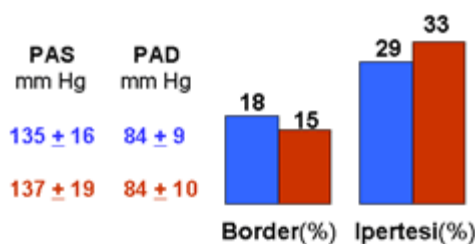
Fonte: Istat-HFA

Il Rapporto sulla Mortalità in Campania –anni 1982-2001- conferma che le donne della Campania sono più a rischio di eventi cardio-vascolari rispetto, non solo alle donne italiane, ma anche alle stesse donne meridionali.

*Fattori di rischio nelle donne campane:*

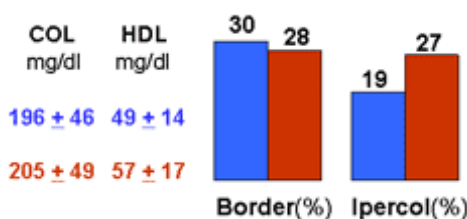


*Pressione arteriosa*



Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa sistolica (massima) è pari a 135 mmHg, nelle donne a 137 mmHg. Negli uomini e nelle donne il valore medio della pressione arteriosa diastolica (minima) è pari a 84 mm Hg. Il 29% degli uomini e il 33% delle donne è iperteso (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure sotto trattamento specifico); il 18% degli uomini e il 15% delle donne è in una condizione a rischio, in cui il valore della pressione sistolica è compreso fra 140 e 159 mmHg o quello della diastolica è compreso fra 90 e 95 mmHg.

*Colesterolemia*



Negli uomini il valore medio della colesterolemia è 196 mg/dl, nelle donne è 205 mg/dl. Negli uomini il valore medio della HDL-colesterolemia è di 49 mg/dl, nelle donne di 57 mg/dl. Il 19% degli uomini e il 27% delle donne ha una ipercolesterolemia (valore uguale o superiore a 240 mg/dl), mentre il 30% degli uomini e il 28% delle donne è in una condizione di rischio, presentando il valore della colesterolemia compreso fra 200 e 239 mg/dl.

*Sedentarietà*

Il 35% degli uomini e il 52% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero.

*Fumo*

Il 41% degli uomini fuma in media 19 sigarette al giorno, contro il 25% delle donne che ne fuma 14 in media al giorno.

#### *Obesità*

Il 18% degli uomini e il 33% delle donne è obeso e ha in media un indice di massa corporea di 27 per gli uomini e 28 per le donne. Anche per quanto riguarda il sovrappeso la percentuale più alta si trova in Campania (35,1%) seguita dalla Puglia (33,4%).

#### *Glicemia*

Negli uomini il valore medio della glicemia è 93 mg/dl, nelle donne è di 88 mg/dl. L'11% degli uomini e il 8% delle donne è diabetico (glicemia superiore a 126 mg/dl), mentre il 10% degli uomini e il 6% delle donne è in una condizione di rischio, in cui il valore della glicemia è compreso fra 110 e 125 mg/dl.

#### *Complicanze del diabete*

In Campania e Sicilia si registra il tasso di mortalità più elevato per donne diabetiche (rispettivamente 5,8 e 5,52 per 10mila). La Campania è la regione dove le donne consumano più antidiabetici: Insuline + 64%; Ipoglicemizzanti orali + 15%.

#### *Incidenti domestici*

Secondo i dati dell'ultima rilevazione Istat disponibile - Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" (2006) - gli incidenti in ambiente domestico (la collettività di riferimento è quella dell'intera popolazione italiana di 59 milioni di residenti) hanno coinvolto circa 3,2 milioni di persone, per un complesso di 3,7 milioni di casi. Oltre il 60% di questi hanno riguardato donne. Le fasce di popolazione più a rischio dopo le donne sono i bambini al di sotto dei 6 anni e gli anziani.

Da una precedente indagine Istat risultava che le attività più a rischio sono rappresentate dai lavori domestici ed il luogo dove si verifica l'incidente è nel 58% dei casi la cucina, mentre le lesioni sono così rappresentate per il 40% ferite, 30.1% ustioni, 23.5% altra lesione e per il 18.8% frattura.

#### *Patologie d'organo e apparato*

Tra le malattie che potremmo definire di genere in quanto colpiscono in maniera significativa il sesso femminile figurano:

- Le patologie psichiche sono prevalenti ed in crescita nel sesso femminile; la depressione è la principale causa di disabilità delle donne di 15-44 anni; la schizofrenia è sottostimata; le donne sono al primo posto nel consumo di farmaci, ma sono poco rappresentate nei trials clinici o farmacologici.
- Sindrome di Alzheimer La prevalenza di questa patologia aumenta con l'età e risulta maggiore nelle donne, che presentano valori che vanno dallo 0,7% per la classe d'età 65-69 anni al 23,6% per le ultranovantenni, rispetto agli uomini i cui valori variano rispettivamente dallo 0,6% al 17,6%. In Campania si contano circa 60mila casi, solo a Napoli sono 6mila le persone colpite dalla malattia cronico-degenerativa
- Le Malattie Tiroidee, sia nel senso di iper sia di ipofunzione, colpiscono in modo prevalente le donne in un rapporto di oltre 15 a 1.
- La cefalea può essere considerata una malattia di genere, in quanto il rapporto uomo: donna è di 1:3, soprattutto se si considera specificatamente l'emigrania. La prevalenza varia nel corso della vita in relazione soprattutto a fattori ormonali, con un aumento della prevalenza nel sesso femminile rispetto al sesso maschile nel periodo che va dalla pubertà alla menopausa. La percentuale della popolazione adulta, che presenta una qualsiasi forma di cefalea, è del 46%, dell'11% per l'emigrania, del 42% per

la cefalea di tipo tensivo e del 3% per la cefalea cronica quotidiana. Questi dati porterebbero le “cefalee” tra le 10 forme di condizioni più disabilitanti per entrambi i sessi e tra le 5 forme più disabilitanti se si considera il solo sesso femminile.

- Tra le malattie più diffuse negli ultra sessantacinquenni si collocano l’artrosi e l’artrite (56,4%), maggiormente rappresentate nel sesso femminile

**Tabella 1** – Popolazione residente per malattia cronica dichiarata, classe di età, sesso (per 100 persone della stessa classe di età e sesso) – Anno 2008

	Artrosi, artrite			Osteoporosi		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-14	0,2	0,1	0,2	-	-	-
15-17	0,4	-	0,2	-	-	-
18-19	0,8	0,4	0,6	0,6	-	0,3
20-24	0,5	0,7	0,6	-	-	-
25-34	1,3	2,3	1,8	0,1	0,4	0,3
35-44	4,9	8,3	6,6	0,1	1,0	0,6
45-54	11,9	21,3	16,8	0,7	5,8	3,3
55-59	21,5	33,7	27,7	1,4	16,5	9,1
60-64	25,7	40,5	33,1	3,4	26,6	15,0
65-74	35,9	55,0	46,2	5,5	34,3	21,1
75 e oltre	51,5	67,6	61,5	11,4	45,9	32,8
<b>Totale</b>	<b>13,0</b>	<b>22,7</b>	<b>17,9</b>	<b>1,8</b>	<b>12,5</b>	<b>7,3</b>

FONTE: Istat.

**Tabella 2** – Popolazione residente per malattia cronica dichiarata e Regione (per 100 persone della stessa zona) – Anno 2008

- L’osteoporosi. Un recente studio condotto da un gruppo di ricercatori italiani ha analizzato l’incidenza ed i costi delle fratture di femore nelle persone di età superiore ai 65 anni nel periodo compreso fra il 2000 e il 2005. Dai risultati è emerso che nei sei anni presi in considerazione si è verificato un netto aumento dei ricoveri per frattura del femore: nel 2000 sono stati circa 73.500, mentre nel 2005 sono stati 94.471. In totale, fra il 2000 e il 2005, 507.671 persone sopra i 65 anni hanno subito una frattura del femore. La maggior parte delle fratture del femore ha riguardato pazienti con più di 75 anni, specialmente di sesso femminile (Osteoporos Int. 2010; 21: 1323-1330). Il rapporto donna-uomo è, al di sopra dei 65 anni, di circa 6 a 1. In Campania abbiamo 113.000 maschi contro 359.000 donne con diagnosi di osteoporosi pari a 4% della popolazione maschile e l’11% della femminile totale. Dalla osservazione della distribuzione per sesso e per età degli interventi di protesi d’anca si evidenzia che il 68,8% degli interventi è eseguito nelle donne e che nella popolazione con 65 anni e più, la percentuale del sesso femminile raggiunge il 72,8%.
- Le malattie croniche. L’aumento delle malattie croniche è stato definito una “epidemia” nei Paesi a basso e medio reddito. La situazione all’interno dei singoli Paesi è speculare rispetto a quella internazionale: la prevalenza delle malattie croniche sarà assai più elevata nelle classi più svantaggiate. I principali determinanti di molte patologie croniche (fumo, consumo di alcol, soprappeso, limitata attività fisica) si concentrano nelle classi sociali basse. Vivere più a lungo non si traduce in un vantaggio bensì in un progressivo aumento della fragilità sociale per le donne campane: a partire dai 45 anni, le donne presentano condizioni di salute peggiori di quelle degli uomini, ma lo svantaggio di genere diventa più marcato al crescere dell’età. Le donne presentano un tasso di disabilità del 6,1%, significativamente più alto di quello degli uomini (3,3%), e tale svantaggio di genere si presenta per tutte le classi di età.

### *Screening Oncologici*

A causa dell'invecchiamento della popolazione, i casi di tumore sono in aumento, ma la mortalità si riduce, per quelle forme per le quali è possibile una diagnosi precoce. Il tumore più frequente per le donne è quello della mammella. Dai dati relativi al cambiamento percentuale dell'incidenza nel periodo 2003-2005 rispetto al 1993-1995, per sesso e principali sedi, risulta che tra le donne è in crescita il tumore della mammella (+14,9%) mentre è rilevante la riduzione del tasso di incidenza per il tumore della cervice uterina (-26,5%).

Sempre il Rapporto AIRTum 2009 rimarca che, relativamente all'incidenza del complesso dei tumori, il gradiente decrescente registrato dalle Aree del Nord a quelle del Sud nel periodo 1993-1995, è risultato essere di ben 10-20 punti percentuali più elevato di quanto non lo sia nel periodo 2003-2005. In altre parole il Sud sta via via perdendo quel vantaggio in termini di nuovi casi/anno di tumori. Studi di epidemiologia analitica ipotizzano che quegli stessi fattori protettivi per le popolazioni del meridione rappresentati, ad esempio, dalle abitudini alimentari, vengano progressivamente scalzati da fattori quali l'inquinamento, il fumo, la sedentarietà, ecc.

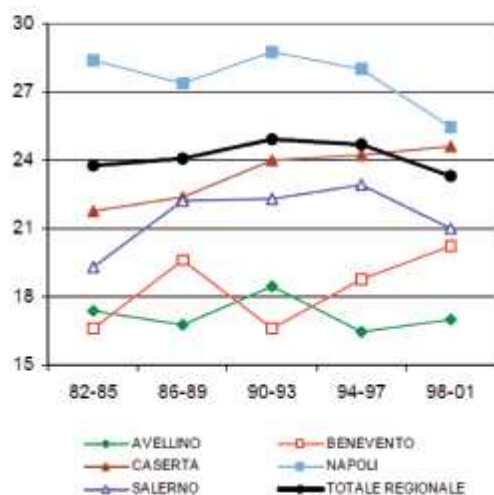
Il modello di rischio si sta quindi uniformando tra Nord e Sud. Grazie al calcolo del rischio cumulativo, è stato calcolato che in media, in Italia, nel corso della vita (0-84 aa) 1 uomo su 2 e 1 donna su 2 si ammaleranno di tumore, mentre ne moriranno 1 uomo su 3 e 1 donna su 6. 1

### *La Mortalità*

In Italia, la mortalità per neoplasia rappresenta circa il 30% del totale dei decessi. I tumori rappresentano la prima causa di morte in età adulta e la seconda nella popolazione anziana. Il sostanziale assestamento del tasso di mortalità registrato negli ultimi decenni in numerose società occidentali con economia avanzata si accompagna ad una tendenza alla riduzione dell'incidenza fra i più giovani

*Tumore della mammella - Mortalità per provincia nel periodo 1982-2001 - Tassi standardizzati quadriennali x100.000*

Mortalità per Provincia nel periodo 1982-2001.  
Tassi standardizzati quadriennali x 100.000

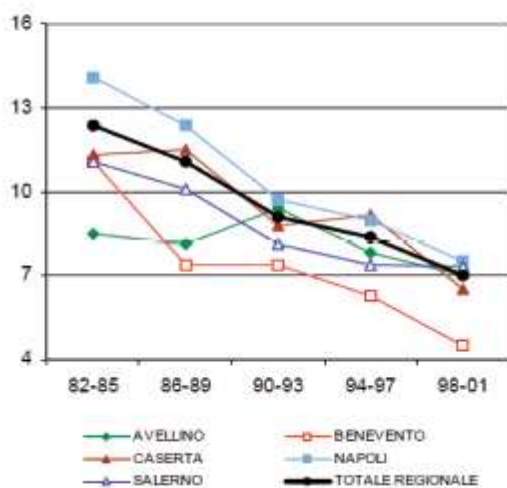


SMR anni 1998-2002

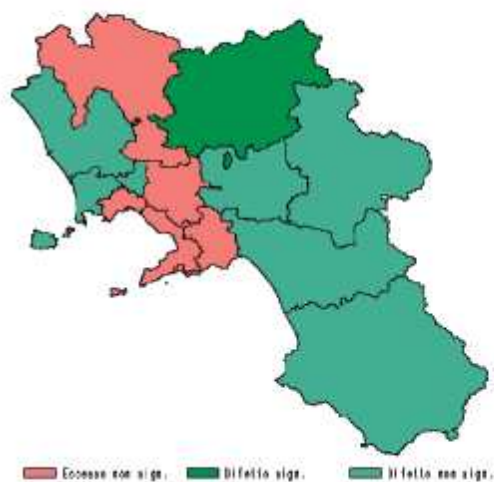


*Tumore dell'utero - Mortalità per provincia nel periodo 1982-2001 - Tassi standardizzati quadriennali x100.000*

Mortalità per Provincia nel periodo 1982-2001.  
Tassi standardizzati quadriennali x 100.000



SMR anni 1998-2002

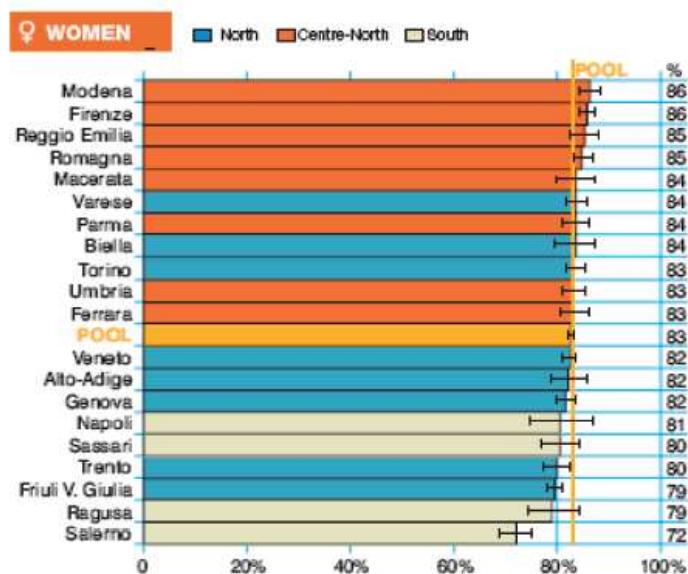


*La Sopravvivenza*

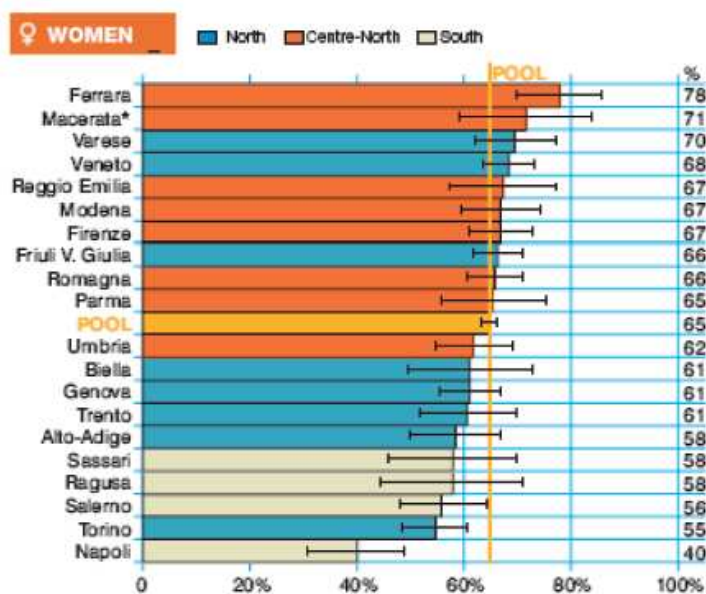
Esprime la percentuale di individui sopravvissuti alla malattia oncologica e rappresenta un importante indicatore di esito delle pratiche diagnostiche, cliniche e, in generale, di efficacia dei sistemi sanitari. In

Italia, la percentuale di sopravvissuti per tumore, a 5 anni dalla diagnosi, è progressivamente aumentata nel tempo: questo suggerisce un costante miglioramento delle prognosi. Viene quindi confermato lo svantaggio in termini di sopravvivenza delle donne campane, come già evidenziato nel Rapporto “I tumori in Provincia di Napoli 1997-2002”<sup>3</sup>, in cui i dati del Registro della Provincia di Napoli vengono messi a confronto con i dati del Pool dei Registri Tumori Italiani.

*Tumore della mammella femminile - Five year age standardised relative survival*



*Cervix uteri cancer - Five year age standardised relative survival*



Mentre l'incidenza non mostra grosse variazioni, la sopravvivenza a 5 anni per il cancro della cervice è pari al 66% nel Pool contro solo il 43% nell'Area del Registro. Anche la sopravvivenza a 5 anni per il tumore della mammella è più bassa di 5,4 punti percentuali nell'area del Registro rispetto al Pool. Le

donne napoletane, poi, non solo hanno uno svantaggio marcato rispetto alle donne del Centro- Nord, ma anche nell'ambito della stessa Campania risultano a maggior rischio di morte per tumori della sfera genitale.

Lo Screening può essere definito come l'applicazione sistematica di un test al fine di identificare soggetti che sono sufficientemente a rischio per una specifica malattia da meritare ulteriori indagini di approfondimento. Le assunzioni che stanno alla base dell'offerta di un test di screening oncologico a una popolazione sono che:

5. sia possibile identificare la neoplasia, se presente, quando ancora asintomatica;
6. 2) che questa anticipazione della diagnosi si traduca in un concreto beneficio, prima di tutto in termini di prolungamento della sopravvivenza.

**La mammografia** è la tecnica di screening per la identificazione del cancro della mammella. Essa permette di identificare tumori invasivi allo stadio iniziale senza coinvolgimento linfonodale, che possono essere eliminati con la chirurgia con una prognosi molto buona. Il test diagnostico consiste in una radiografia, è semplice e poco invasivo, e quindi è proponibile a livello di popolazione.

La frequenza dell'esame è biennale. Diversi trial clinici controllati confermano la sua efficacia nel diminuire il numero di decessi per questo tumore. L'obiettivo principale dei programmi di screening mammografico è ridurre la mortalità specifica per cancro della mammella nella popolazione invitata a effettuare controlli periodici.

Il Test di Papanicolau o Pap-Test consiste nell'esame colpo citologico che permette di identificare anche lesioni pre-cancerose. E' poco invasivo ed è quindi semplice da estendere a livello di popolazione. La frequenza dell'esame è triennale. Diversi trial clinici controllati confermano la sua efficacia nel diminuire il numero di decessi. Lo screening cervicale può contribuire a ridurre non solo la mortalità per carcinoma, ma anche l'incidenza della neoplasia invasiva.

Quindi il rationale degli screening oncologici è basato sulle seguenti considerazioni:

- la malattia che si vuole identificare è un problema di salute pubblica che coinvolge un grande numero di persone;
- esistono lesioni precancerose o stadi precoci della malattia che è possibile diagnosticare;
- esiste un test diagnostico sicuro e di facile effettuazione;
- il trattamento terapeutico effettuato durante lo stadio precoce della malattia comporta una riduzione della mortalità e/o dell'incidenza rispetto ad un trattamento in uno stadio più tardivo;
- esistono strutture qualificate in grado di effettuare diagnosi e terapie adeguate.

#### *Le donne: da "gruppo di interesse" a leva per il cambiamento*

Se osserviamo i dati relativi ai contatti tra SSN e utenti e se verifichiamo l'appartenenza di genere constatiamo che le donne rappresentano le maggiori sinapsi tra la struttura della sanità e la società.

- Nel 2005 si conferma la tendenza delle donne a consumare più farmaci rispetto agli uomini (50,7% contro 39,5%), già osservata nel 1999-2000.
- In generale le donne fanno più visite degli uomini (rispettivamente 31,0% contro 24,7%); questa differenza è sensibile dai 15 ai 54 mentre tende a scomparire tra i bambini e gli ultra settantacinquenni.
- Le donne, inoltre, fanno più visite sia generiche (13,8% contro 18,2%) che specialistiche (16,1% contro 12,4%).
- Il ricorso agli accertamenti diagnostici è più diffuso tra le donne (12,8%) che tra gli uomini (10,0%).
- Complessivamente sono più le donne (59%) che gli uomini (54,9%) a ricorrere a visite a pagamento, ma le differenze si riducono se si escludono le visite ginecologiche (la quota di donne che hanno fatto visite scende al 57,1%).



- Le differenze di genere sono molto nette per gli accertamenti diagnostici, soprattutto tra i 15 e i 44 anni, per effetto dei controlli cui le donne si sottopongono in età fertile.

E' evidente che questa relazione diretta e indiretta tanto significativa tra le donne e la Sanità deve essere sfruttata per informare e formare le donne campane che possono essere la leva del cambiamento e per modificare almeno uno dei fattori di rischio e cioè quello legato al sesso, lasciando alla programmazione politica quello della povertà.

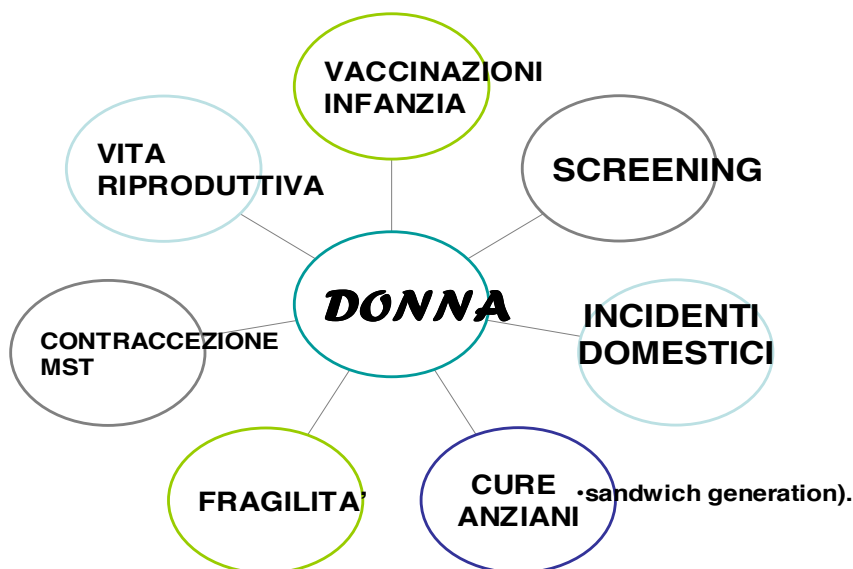


Figura 1 Il ruolo socio-sanitario della donna nell'ambito familiare

Pertanto, una donna in buona salute e con un'istruzione media avrà figli vaccinati che andranno a scuola e lei stessa adopererà un metodo contraccettivo e si sottoporrà ai test di Screening, **quindi una donna in buona salute produrrà a sua volta salute.** La donna rappresenta un capitale sociale ancora troppo taciuto nella scala gerarchica di una comunità; eppure le donne *manager* delle micro-comunità rappresentate dalla famiglia, sono coloro che incidono sui mercati essendo le protagoniste dell'economia quotidiana, gestiscono l'allevamento e la formazione dei figli, scelgono l'alimentazione della famiglia, accompagnano i figli nella realtà sanitaria cominciando dalle vaccinazioni, ed infine si sostituiscono al welfare, almeno quelle della così detta "generazione sandwich", nell'accudimento degli anziani.

La strategia da promuovere, dunque, è quella di investire sulle donne al fine di renderle:

- "empowered" cioè metterle in condizioni di comprendere e quindi scegliere, di interagire con il contesto di riferimento;
- self care giver, ovvero manager dei propri stili di vita, un protagonista attivo della propria vita e del proprio benessere.

## **2. LE AZIONI STRATEGICHE**

### La scelta delle priorità

La strategia per la promozione della salute, la riduzione o rimozione dei fattori di rischio, la prevenzione delle malattie e delle disabilità, è classificabile ed articolabile in tre principali settori, vale a dire i programmi di promozione e prevenzione di problemi di salute collettiva; la promozione individuale di comportamenti e stili di vita sani (soprattutto attraverso i luoghi di vita e di lavoro); le attività di informazione e comunicazione del rischio.

Un tale complesso di interventi non può dedicare simultaneamente la medesima attenzione a tutti i problemi di salute attualmente presenti nella popolazione campana ma va orientato secondo azioni prioritarie, identificate e organizzate in programmi regionali di promozione e prevenzione, modulabili in base a documentate esigenze specifiche locali, e costruiti nel rispetto di principi metodologici generali che hanno tenuto conto del quadro epidemiologico della Regione, della continuità con i programmi affrontati nel PRP 2005-09 e della coerenza con le indicazioni del PNP 2010-12.

In tale ottica va considerata l'importanza che assume la Evidence Based Public Health (EBPH) e le azioni di efficacia dimostrata. Infatti, aldilà dell'ovvia e sempre più abusata affermazione del primato della prevenzione sulle cure, lo stato delle conoscenze scientifiche non ha molto aiutato lo sviluppo e l'affermarsi della prevenzione.

Analogamente a quanto accade nella pratica clinica, anche gli operatori di Sanità Pubblica, nello svolgimento delle attività quotidiane, dovrebbero sempre fare riferimento alle evidenze scientifiche esistenti nel momento in cui prendono decisioni o sviluppano programmi, se non altro per orientare su basi scientifiche l'assegnazione di risorse.

Anche in Sanità Pubblica, come nella pratica clinica, ci si deve servire dell'applicazione del ragionamento scientifico, incluso l'uso sistematico di dati, dei sistemi di informazione e l'uso appropriato di modelli di pianificazione.

La EBPH è quel processo finalizzato al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, basato sull'integrazione tra l'adozione di interventi basati su prove di efficacia e le preferenze espresse dalla comunità.

### L'informazione e la comunicazione HBSC

Oltre alle funzioni strategiche già richiamate, è opportuno indicare l'esigenza di disporre di un sistema informativo affidabile e completo a sostegno delle attività di prevenzione.

Si tratta di ricondurre ad unitarietà l'insieme dei sistemi informativi esistenti, articolando e distinguendo tra le informazioni necessarie al governo della prevenzione (la mappatura dei rischi e dei problemi di salute, la scelta delle priorità, le valutazioni di impatto) e quelle necessarie all'esercizio della prevenzione (la documentazione di attività).

A questo proposito la Regione Campania ha promosso a livello nazionale e partecipa dal 2005 al sistema PASSI, che ha l'obiettivo di stimare la frequenza e l'evoluzione dei principali fattori di rischio per la salute, legati agli stili di vita, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione nella popolazione adulta. Personale delle ASL, specificamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario validato a un campione di residenti 18-69enni estratti con un campionamento casuale stratificato dalle anagrafi sanitarie (circa 25 al mese per ogni ASL).

I dati vengono successivamente trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Questo sistema è operativo dal 2007 e ha dimostrato ampiamente la sua sostenibilità e validità, pertanto verrà decisamente sostenuto e confermato anche per il presente Piano regionale della prevenzione.

Inoltre la Regione Campania ha aderito dal 2008 al sistema di sorveglianza OKkio alla salute che ha l'obiettivo di descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini (target: età 8 anni) delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico (focus sulle caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e l'attività fisica); l'approccio metodologico proposto dal protocollo è quello della sorveglianza di popolazione, da effettuarsi su campioni rappresentativi della popolazione scolastica. Infine dal 2010 la Regione ha aderito al sistema di sorveglianza PASSI d'Argento che è un sistema di monitoraggio nazionale sullo stato di salute della popolazione ultra 64enne, in particolare di quella con disabilità o a rischio di disabilità.

Oltre ai fattori individuali, il sistema consente il monitoraggio della qualità degli interventi assistenziali e socio-sanitari.

La Regione è inoltre dotata di Registri regionali di mortalità, malformazioni congenite e CEDAP, indispensabili anche per molte analisi sullo stato di salute della popolazione, oggetto di continui interventi per aumentare la qualità della compilazione e la tempestività della trasmissione delle informazioni al fine di rendere fruibili in tempi brevi e certi i dati regionali.

Per le malattie infettive, è in corso l'adesione della Regione al sistema web based proposto dal Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, che potrà garantire tempestività, flessibilità, adeguamento alle nuove classificazioni europee delle malattie, possibilità di integrazione con altri flussi e che comprenda moduli specifici per le sorveglianze speciali, in integrazione con i laboratori analisi per alcune patologie.

Per quanto attiene alle vaccinazioni, nel periodo di vigenza del PRP si intende realizzare l'anagrafe vaccinale regionale informatizzata, che permetterà di calcolare le coperture vaccinali a partire dalle informazioni raccolte su ciascun cittadino e la possibilità di incrociare i dati con quelli di altre banche dati, in particolare quelle delle malattie infettive e delle reazioni avverse a vaccino; inoltre si intende realizzare il Registro regionale di popolazione dei tumori e registro tumori pediatrici:

Una delle finalità principali del sistema regionale delle sorveglianze sarà quella di sostenere la funzione di comunicazione rivolta sia alla promozione di comportamenti preventivi e stili di vita sani sia alla ricerca di adesione consapevole agli obiettivi di prevenzione, in modo da potenziare una domanda di prevenzione senza la quale tutto il processo di riorientamento e rafforzamento indicato risulterebbe privo di significato.

### La formazione

Il potenziamento delle attività di prevenzione richiede anche iniziative volte a modificare e innovare il clima organizzativo e lo stile di lavoro nei servizi di prevenzione.

Sono infatti ancora presenti, sia nell'organizzazione sia nella gestione, logiche burocratiche dell'adempimento agli obblighi di legge che hanno prodotto rigidità strutturali e procedurali che resistono, nonostante i processi di accorpamento tra aziende sanitarie e nonostante la riorganizzazione dipartimentale.

Bisogna favorire l'organizzazione del lavoro "per obiettivi" in modo che essa diventi pratica corrente e si realizzino condizioni di integrazione reale e permanente.

In particolare va promossa, ai diversi livelli, la responsabilizzazione degli operatori nel perseguimento di obiettivi di salute e nella ricerca di adesioni consapevoli a tali obiettivi da parte dei soggetti destinatari degli interventi.

Le attività di formazione e le azioni di riordino organizzativo vanno orientate, in particolare, allo sviluppo delle funzioni strategiche già richiamate quali la sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto degli interventi, la qualità dei servizi, la comunicazione del rischio.

Nei capitoli dedicati ai singoli programmi verranno previsti specifici interventi di formazione a supporto dei diversi obiettivi; la fase regionale di tali interventi avverrà a cura dell'Assessorato alla Sanità con il supporto tecnico dell'ARSAN.

## **IL PIANO OPERATIVO**

## **1. LA MEDICINA PREDITTIVA**

### **1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia (utilizzo “Carta del rischio Cardiovascolare”)**

#### **Progetto 1: Utilizzo delle carte del rischio cardiovascolare (Quadro d’Insieme n° 1.1.1)**

##### Identificativo della Linea di Intervento Generale:

1. Medicina predittiva

##### Breve descrizione del progetto

##### Razionale dell’intervento

Nell’ambito della prevenzione primaria del rischio cardiovascolare, è stato identificato fin dall’intesa Stato-Regioni del 2003 come prioritario l’obiettivo di diffondere la carta del rischio cardiovascolare, indicato come strumento per avviare programmi mirati di prevenzione attiva cardiovascolare.

Uno strumento valido per la predizione del rischio cardiovascolare, in quanto consente di offrire alle persone la conoscenza delle probabilità di andare incontro, nei successivi dieci anni, a un accidente cardiovascolare in base alla presenza di alcuni misurabili fattori di rischio.

La consapevolezza acquisita del possibile aumentato rischio fornisce al medico occasioni favorevoli per consigliare modifiche dei comportamenti. Inoltre è possibile porre maggiore attenzione anche su quei cittadini che, pur non essendo ad alto rischio, possono certamente giovare di una strategia di promozione di stili di vita salutari (impennata su quantità e qualità delle abitudini alimentari, sull’abbattimento delle abitudini sedentarie e dell’abitudine a fumare sigarette).

Le linee guida internazionali concordano nel sostenere la rilevanza del calcolo del rischio globale assoluto di sviluppare un evento cardiovascolare, attraverso strumenti di predizione del rischio, come momento decisionale nell’iniziare una terapia farmacologica o un intervento non farmacologico e nel guidarne le modalità.

E’ l’affermazione della medicina predittiva, attraverso l’uso di algoritmi diagnostici, che valorizza la professionalità dei medici e l’equità delle decisioni per i pazienti.

L’uso del rischio globale assoluto rispetta l’eziologia multifattoriale della malattia cardiovascolare, offre opzioni multiple al trattamento degli individui a rischio aumentato. Inoltre costituisce un criterio oggettivo e accurato per la valutazione dell’assistito da parte del medico, confrontabile anche con le valutazioni eseguite in tempi successivi.

Questo criterio oggettivo rende più affidabili le valutazioni del rapporto costo/beneficio. Infine, la diffusione di una pratica di screening di questo tipo consente anche di identificare altre categorie di rischio cardiovascolare, migliorando la consapevolezza di cittadini ed operatori sulle azioni di prevenzione primaria.

In Italia sono disponibili le carte del rischio cardiovascolare ed il punteggio individuale, costruite con le funzioni di rischio identificate con i dati del PROGETTO CUORE, che consentono di valutare, in persone

di età compresa fra 35 e 69 anni esenti da un precedente evento cardiovascolare, la probabilità di sviluppare un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei successivi 10 anni.

Quando si usa la carta del rischio si fa riferimento ad un sistema grafico, fornito peraltro a tutti i medici italiani dal bollettino di informazione sui farmaci dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

L'identificazione delle persone a rischio avviene attraverso l'uso di questi sistemi grafici oppure usando il punteggio di rischio sviluppato con un algoritmo informatizzato, gratuitamente scaricabile dal sito del PROGETTO CUORE ([www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)), che differisce dalla carta del rischio perché introduce la misurazione di due ulteriori fattori di rischio.

In entrambi i casi (carte punteggio), è possibile identificare le persone ad alto rischio con poche essenziali informazioni: età, pressione arteriosa, colesterolemia totale, abitudine al fumo, presenza/assenza di diabete, per la carta del rischio; i predetti fattori più HDL colesterolemia ed informazione sull'esistenza di una terapia anti-ipertensiva per il punteggio di rischio. Inoltre il crescente livello di informatizzazione dei Medici di Medicina Generale ed il frequente ricorso all'associazionismo in forme cooperative di assistenza consente di sperimentare nuove forme di prevenzione primaria *ad personam* qualificando ulteriormente la professionalità e la centralità del MMG concentrando l'attenzione e gli interventi sui soggetti ad alto rischio di sviluppare, entro i prossimi 10 anni, un evento cardiovascolare maggiore.

A queste ragioni va ascritto anche l'avvio di un precedente progetto di prevenzione primaria cardiovascolare, operato anche in Regione Campania.

Un fondamentale rationale della assoluta priorità di questa linea progettuale per la Regione Campania è dato dalla conoscenza del carico sociale legato alla malattia cardiovascolare, che ne è la prima causa di morte, morbosità, ospedalizzazione ed invalidità.

#### *Obiettivi generali*

1. Implementazione appropriata delle carte e del punteggio di rischio cardiovascolare nella popolazione campana
2. Supporto a tutte le attività integrate a vari livelli del SSN, che favoriscano le azioni di prevenzione attiva al fine di contrastare i fattori di rischio e promuovere i fattori di protezione, utilizzando strumenti efficaci e competenti per la promozione della salute cardiovascolare.

I due obiettivi principali delineano una strategia che a partire dall'impegno sugli individui ad alto rischio, rende visibile ed accessibile nella popolazione generale l'informazione sulla prevenzione cardiovascolare, particolarmente associata allo stile di vita.

#### *Risultati attesi*

Il risultato più rilevante che ci si attende da questo progetto è l'inversione del trend di morbosità e mortalità che fanno della Campania ed in particolare di alcune sue aree geografiche come le province di Napoli e Caserta) una parte del Paese dove la malattia cardiovascolare ha tassi di frequenza superiori alla media nazionale e dove è elevata l'ospedalizzazione causa-specifica in entrambi i sessi.

#### *Azioni principali*

*Prevenzione Individuale.* Le azioni di prevenzione individuale riguardano: a) MMG di varie aree, così da coinvolgere operatori e popolazioni sia delle zone a forte urbanizzazione sia delle zone meno urbanizzate o addirittura rurali e/o montane; b) strutture ed operatori del SSR, facenti capo sul piano organizzativo ai Distretti Sanitari, che siano capaci di decisive integrazioni operative che vedano i cittadini, vagliati con la

carta o il punteggio di rischio cardiovascolare, ottenere il supporto giusto per la promozione di stili di vita salutari. Azione di prevenzione individuale operate dunque da strutture e personale specificamente competente che integrino e supportino il lavoro dei MMG.

*Prevenzione di Comunità.* Questa parte del progetto mira a diffondere la conoscenza e l'importanza dei fattori di rischio legati principalmente agli stili di vita, rinforzando così le azioni di prevenzione individuale e riguardano: a) sorveglianza dei fattori di rischio e della frequenza di malattia; b) programmazione campagne di prevenzione e sensibilizzazione *Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori.*

Una campagna informativa è fortemente raccomandata in aree di prima attivazione e successivamente sull'intero territorio regionale. E' altrettanto raccomandato l'allestimento di punti informativi per la popolazione generale e per quella oggetto dell'intervento, così come la produzione di materiale informativo (depliant per gli ambulatori medici, locandine etc), in particolare se validati mediante strumenti in grado di misurare la qualità percepita dagli utenti.

Fondamento indispensabile per la riuscita del progetto è l'adesione dei Medici di Medicina Generale. Essa passa anche attraverso la sensibilizzazione dei Direttori Generali e Sanitari ed ai responsabili distrettuali delle Aziende Sanitarie e al pubblico target, oltre che naturalmente con il coinvolgimento dei MMG.

Va previsto anche una pagina web regionale che contenga materiale educativo-informativo, includente indicazioni per la prevenzione cardiovascolare.

*Attori:*

Operatori del SSR, in particolare quelli dei servizi territoriali distrettuali; MMG; associazioni di cittadini, operatori dei mass media.

*Portatori di interesse:*

Cittadini, operatori del SSR, industrie del farmaco, industrie agroalimentari, istituzione regionale.

*Possibili criticità:*

Scarsa adesione dei MMG alle attività di formazione e d'utilizzo delle carte del rischio per problemi legati alla contrattazione regionale di categoria; scarsa attenzione delle strutture e degli operatori del SSR ai fondamenti razionali del progetto; inadeguata scelta della tipologia di campagne di promozione in comunità delle misure di prevenzione cardiovascolare legate allo stile di vita; difficoltà della popolazione ad aderire alle misure preventive per inadeguatezza del marketing sociale governato dalle istituzioni regionali e periferiche del SSR.

*Sistema di valutazione:*

La valutazione del progetto sarà effettuata attraverso due principali livelli di controllo: 1. Direttamente con gli operatori interessati (territoriali del SSR e MMG); 2. Attraverso il sistema PASSI.

*Cronoprogramma:*

Cronogramma del progetto per 24 mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Costituzione del Progetto e del Coordinamento Centrale	x	x																						
Promozione strategica dell'utilizzo		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x													



REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

delle carte e del punteggio di rischio cardiovascolare tra i MMG con il completamento delle attività di formazione già avviate nel precedente programma regionale di prevenzione																								
Campagna di arruolamento dei MMG ed identificazione di operatori e strutture da coinvolgere in attività integrate	x	x	x	x	x	x	x	x	x															
Attivazione di programmi di interventi in comunità per la prevenzione cardiovascolare					x	x	x	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x		
Collegamento con il programma di sorveglianza PASSI	x	x	x	x	x	x												x	x	x	x	x	x	
Adozione di un sistema di valutazione e controllo di qualità, includente un attivo scambio di informazione con i MMG e con gli operatori dei servizi territoriali							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

**Beneficiari**

Cittadini campani adulti di entrambi i sessi' ed in particolare quelli in condizioni di aumentato rischio cardiovascolare

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

Obiettivo fondamentale di salute è la riduzione delle condizioni di rischio individuale e di comunità per lo sviluppo di malattie cardiovascolari, attraverso il cambiamento dello stile di vita tra gli individui ad alto rischio; il monitoraggio e la sorveglianza dei fattori di rischio cardiovascolare a livello regionale è l'altro fondamentale obiettivo di controllo della salute da perseguire.

Obiettivi intermedi e indicatori di processo sono:

- Il coinvolgimento di specifici operatori della sanità pubblica, in primo luogo i medici di famiglia;
- L'implementazione tra gli operatori coinvolti di procedure standard di utilizzo delle misure utili a rendere accurato l'uso delle carte e del punteggio di rischio;
- Lo sviluppo di un piano di lavoro e strategie per i vari livelli operativi;
- La formazione degli operatori coinvolti nella prevenzione attiva.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Numero di MMG che utilizzano le carte ed il punteggio di rischio	Monitoraggio dei MMG	20% stimato	50%		80%	
Numero di cittadini adulti tra i 35 e i 69 anni osservati con le carte o il punteggio di rischio	Monitoraggio dei MMG; Sorveglianza PASSI	10%	40%		70%	

## 2. LA PREVENZIONE UNIVERSALE

### 2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

#### Progetto 1: Moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali (riportato nel Quadro d'Insieme con n° 2.1.1)

##### Identificativo della linea di intervento generale

2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale.

##### Breve descrizione dell'intervento programmato

##### *Razionale*

Diversi sono i fattori che influenzano i comportamenti di guida, esponendo i soggetti ad un rischio maggiore di incorrere in un incidente stradale; tra i fattori più importanti: la percezione del rischio, l'attitudine al rischio, l'assunzione di alcol e/o sostanze psicoattive.

Un nodo critico riguarda la convinzione che un'assunzione moderata di alcol non produca alcun danno (il 60% di ragazzi che frequentano gli istituti superiori - secondo l'indagine AMR 2003) e vi è anche un 5-8% che ritiene che l'assunzione di alcol (qualsiasi sia la quantità assunta) non sia affatto dannosa per la salute.

Le *evidenze scientifiche* relative ad alcol e guida, su cui tutti gli studi concordano, mostrano che: il rischio di incidenti aumenta, in modo esponenziale, con la concentrazione di alcol nel sangue; a parità di alcol ingerito, il rischio aumenta al diminuire dell'età del conducente; il rischio aumenta tanto più rapidamente quanto minore è la frequenza di consumo abituale di sostanze alcoliche. Inoltre, è importante considerare che l'alcol può interagire con altre sostanze e quindi aumentare il rischio di chi assume contestualmente alcol e farmaci o sostanze stupefacenti. I giovani tendono ad utilizzare sempre più l'alcol per socializzare, in particolare nei luoghi di divertimento notturni e nei giorni festivi.

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

Alcune delle politiche nazionali e regionali, come ad esempio il Piano di Prevenzione Attiva Incidenti Stradali 2006-09, hanno negli ultimi anni promosso un approccio integrato al problema incidenti stradali, creando tavoli di lavoro cui partecipano professionisti diversi afferenti a enti, differenti tra loro (es. sanità, trasporti, istruzione etc). Il risultato, nella maggior parte dei casi, oltre ad una maggiore integrazione e coordinamento, è la realizzazione di interventi o progetti che tengono in considerazione la multifattorialità e la multidimensionalità del problema considerato.

I fattori normativi riflettono peraltro i valori etici della persona, cioè determinano i livelli soggettivi entro cui un certo comportamento è lecito, ma riguardano anche l'influenza delle norme e delle leggi sul comportamento individuale. Sui comportamenti influiscono inoltre alcuni fattori sociali quali: l'influenza

sociale esercitata dagli amici, dalla famiglia e dal gruppo dei pari; la cultura del contesto (ad esempio legata all'uso di alcol).

La Regione Campania nell'ambito del PNP 2005-2007 ha aderito al il progetto nazionale *Scegliere la strada della sicurezza: interventi di prevenzione degli incidenti stradali*, coordinato dalla Regione Piemonte, su mandato del CCM, dal 2007 realizzato per supportare ed offrire assistenza tecnico-scientifica alle Regioni nell'avvio dei Piani locali di Prevenzione Incidenti stradali. In tale contesto sono stati formati referenti regionali e altri operatori per costituire un primo nucleo di esperti ed avviare a livello locale intervento di prevenzione incidenti stradali dovuti al consumo di alcol e/o sostanze psicoattive con il coinvolgimento di “*moltiplicatori dell'azione preventiva*” (ossia insegnanti ed istruttori di autoscuole, FF.OO., volontari, gestori di locali, etc).

La Regione Campania ha inoltre aderito al progetto “Insieme per la sicurezza” nell'ambito del Progetto CCM “Guadagnare salute in adolescenza” individuando quale ambito territoriali di attuazione l'ASL Salerno e l'ASL Napoli 3 Sud.

#### *Prove di efficacia disponibili*

Da un'analisi della letteratura sul tema “Prevenzione degli incidenti stradali” risulta che sono più efficaci le azioni integrate di prevenzione. Gli interventi devono prevedere azioni multilivello su più ambiti (educativo, formativo, informativo, organizzativo), costruendo sin dalla fase di progettazione reti e alleanze tra tutti gli enti/attori attivi sul territorio (rappresentanti delle forze dell'ordine, associazioni di volontariato, di cittadini, di professionisti, operatori della sanità, della scuola, rappresentanti delle istituzioni a livello centrale e locale). A livello preventivo sono azioni di provata efficacia il controllo della guida in stato di ebbrezza e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini). Si sono rivelati incisivi gli interventi che hanno coinvolto sia adulti sia coetanei. “Nel caso degli adulti si tratta di educatori, operatori socio-sanitari e figure professionali con diversa formazione, insegnanti, operatori di polizia municipale in veste di facilitatori e di conduttori di gruppi, formatori, ecc. (D'Angelo et al. 2008; Sommers et al. 2008; Shults 2009; Mayhew et al. 2002; Christie 2001); genitori (Simons Morton et al. 2006; Simons Morton et al. 2008; Ginsburg 2009; Hartos 2001; Hartos 2002; MacCart 2003); gestori e operatori di locali pubblici, istruttori di scuola guida, in veste di modelli coerenti con i messaggi proposti o di facilitatori (Shults 2009; Foxcroft 2002); membri *di associazioni* attive nella comunità (sui temi trattati oppure che si rivolgono ai giovani o alle famiglie), per reclutare i partecipanti o come facilitatori. Nel caso dei coetanei, si tratta di *peer educator*, di pochi anni maggiori dei destinatari diretti, o di *peer leader* anche della stessa età, che i programmi di prevenzione coinvolgono nell'intervento quando esso si attua all'interno di un contesto educativo o di comunità. Vi sono inoltre evidenze che mostrano come l'efficacia dell'intervento sia maggiormente legata a particolari abilità e attitudini dei facilitatori/conduttori e alla loro formazione (precedente o contestuale all'intervento)”.

#### *Fasi del progetto e azioni delle persone coinvolte*

Il progetto prevede il coinvolgimento delle diverse categorie di “*Moltiplicatori dell'azione preventiva*” e l'avvio di azioni coerenti in due contesti individuati: il “contesto dei luoghi del divertimento” e il “contesto educativo/formativo”.

#### Avvio del progetto

##### Livello Regionale

- Formalizzazione di un Comitato Regionale Interistituzionale per la Prevenzione degli Incidenti Stradali con il coinvolgimento attivo degli altri enti o istituzioni (es. enti locali, FFOO, Prefettura, Ufficio Scolastico Regionale, Assessorato ai trasporti, Associazioni di categoria, ecc.) con il compito di direzione strategica, nonché di monitoraggio delle attività delle diverse Aziende.

#### Livello Aziendale

- Identificazione di un Referente Aziendale di Progetto e Costituzione del Coordinamento Aziendale per “Prevenzione incidenti stradali” con coinvolgimento di vari enti, amministrazioni, agenzie del territorio (es. Associazioni di categoria delle autoscuole, Ass. categoria disco, pub, bar, ecc.)
- Il Referente rappresenterà l’Azienda Sanitaria Locale al tavolo di lavoro del Comitato Regionale per la Sicurezza Stradale Interistituzionale. Tale figura dovrà essere individuata preferibilmente nell’ambito dei Dirigenti dei Dipartimenti di Prevenzione in modo da assicurare il coinvolgimento delle discipline essenziali alla riuscita degli interventi previsti (Epidemiologia, Educazione sanitaria, Igiene Pubblica, Sert, Medicina Legale, Direzioni Sanitarie Ospedaliere, Sistema informativo Aziendale).

Le fasi del progetto sono le seguenti:

- fase 1: Individuazione e formazione degli operatori sanitari che si costituiscono come “gruppi locali tematici” (in stretto raccordo con il progetto CCM “Scegliere la Strada della Sicurezza” e con il progetto CCM Guadagnare salute in adolescenza - “Insieme per la sicurezza”).
- fase 2: Creazione e mantenimento di collaborazioni con enti del territorio coinvolti e interessati al tema degli incidenti stradali, anche attraverso accordi di collaborazione.
- fase 3: Individuazione e formazione dei “moltiplicatori dell’azione preventiva” a cura degli operatori sanitari (formati nella fase 1).
- fase 4: Pianificazione e attivazione di interventi di prevenzione degli incidenti stradali nei “contesti del divertimento” e in “contesti educativo/formativi” a cura degli operatori sanitari e dei moltiplicatori dell’azione preventiva individuati localmente (formati nella fase 1 e 3).
- fase 5: Valutazione della formazione e degli interventi.

Il progetto prevede azioni “a cascata” tali che ad una formazione con gli operatori sanitari, segue una formazione con i “*moltiplicatori dell’azione preventiva*” (ad opera degli stessi operatori sanitari formati), che a loro volta dovranno attivare interventi info-educativi nei due contesti individuati (aggregativi e formativo-educativo): questi interventi quindi sono sia obiettivo (della formazione con i moltiplicatori) sia strumento (per conseguire l’obiettivo relativo ai destinatari finali).

#### *Attori coinvolti nella realizzazione dell’azione proposta*

Operatori sanitari AASSLL (Dipartimento di Prevenzione, Referenti per la Promozione della Salute, Referenti Epidemiologia, Medicina legale, Dipartimento delle Dipendenze – Servizio di Alcolologia,, Servizio di Psicologia, Servizio Sociale aziendale, PS/DEA, Servizio di Emergenza 118 etc ); Reti Locali e agenzie del terzo settore presenti sul territorio; EE.LL. (Comuni e Province); Ufficio Scolastico Territoriale; scuole; Associazioni di categoria (autoscuole, gestori di locali pubblici etc); Forze dell’Ordine (Polizia Locale, Polizia Stradale, Carabinieri); Agenzie di comunicazione.

#### *Criticità*

Difficoltà di coinvolgimento ed integrazione con altre istituzioni e agenzie territoriali portatori di interesse quali Comuni, Prefetti, FF.OO., Assessorato ai Trasporti, Agenzia Regionale Sicurezza Stradale, con le quali si prevede la stipula di accordi di collaborazione.

#### Beneficiari

#### *Target finale*

giovani 15 – 29 anni, residenti in Regione Campania

*Target intermedio*

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

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

*Obiettivo generale*

Riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l’effetto di sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, nei giovani della fascia di età compresa tra i 15-29 anni.

*Obiettivo specifico 1*

Far acquisire/aumentare nei “moltiplicatori” competenze utili per pianificare e realizzare interventi informativo -educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi (*attraverso la formazione*).

*Obiettivo specifico 2*

Far acquisire/aumentare nei giovani 15 – 29 anni conoscenze e competenze per una “guida responsabile” (attraverso la realizzazione di interventi informativo- formativo- educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi).

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell’indicatore al 31/12/2010	Valore dell’indicatore al 31/12/2011		Valore dell’indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Costituzione del Coordinamento Aziendale per “Prevenzione incidenti stradali” con coinvolgimento di vari enti, amministrazioni, agenzie del territorio (creazione alleanze).	Atti formali: accordi istituzionali/protocolli di adesione.	N. 1 Gruppo coordinamento aziendale per “Prevenzione incidenti stradali” per territorio.	Mantenimento collaborazione Gruppo coordinamento aziendale per “Prevenzione incidenti stradali” per territorio.		Mantenimento collaborazione Gruppo coordinamento aziendale per “Prevenzione incidenti stradali” per territorio.	
Attivazione percorsi di formazione per operatori sanitari (raccordo con i progetti CCM “Scegliere la strada della sicurezza” e “Insieme per la sicurezza”).	Sistema accreditamento Formazione ECM Nazionale/ Regionale.	1 edizione corso regionale di formazione per referenti aziendali.  4 corsi aziendali per operatori sanitari	1 edizione corso regionale di formazione per referenti aziendali.  4 corsi aziendali per operatori sanitari			
Individuazione e reclutamento	Registri o fogli iscrizione ai corsi.	694 moltiplicatori	100 moltiplicatori			

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

moltiplicatori dei contesti educativi/formativi e del divertimento.		individuati per 1° edizione progetto Scegliere la Strada della Sicurezza 2007-09.	dei contesti educativi/ formativi e del divertimento.			
N. dei corsi di formazione attivati per i moltiplicatori.	Piani locali di formazione, reportistica.	127 corsi realizzati per moltiplicatori 1° edizione progetto Scegliere la Strada della Sicurezza 2007-09.	10 corsi di formazione attivati per moltiplicatori.			
Incremento delle conoscenze e competenze dei nuovi moltiplicatori derivanti dai corsi di formazione (% di risposte corrette post formazione).	Questionari post apprendimento.	Dato non disponibile	Miglioramento delle conoscenze del 20-30%			
Realizzazione da parte dei moltiplicatori formati di interventi nei contesti educativi/formativi e nei contesti del divertimento.	Schede di monitoraggio.	Dato non disponibile	N. 10 interventi attivati dai moltiplicatori nei contesti educativi/ formativi e/o nei contesti del divertimento.		N. 10 interventi attivati dai moltiplicatori nei contesti educativi/ formativi e/o nei contesti del divertimento.	
Incremento delle conoscenze nei giovani.	Questionari di apprendimento pre-post.	Dato non disponibile	70 % di risposte corrette al questionario post.		70% di risposte corrette al questionario post.	
Incremento delle competenze nei giovani.	Indagini qualitative (focus group, questionari self report, griglie osservative).	Dato non disponibile	50-60% dichiarati di aver aumentato competenze psico-sociali.		50-60% dichiarati di aver aumentato competenze psico-sociali.	

## 2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate

### Progetto 2: Prevenzione delle patologie lavoro correlate (Quadro d'Insieme n° 2.2.1)

#### Identificativo della Linea di Intervento Generale:

Campagna di sensibilizzazione sulle malattie professionali e coinvolgimento delle diverse istituzioni e parti sociali, operanti sul territorio

#### Breve descrizione dell'intervento programmato

##### *Razionale dell'intervento:*

Le malattie professionali denunciate in Campania sono aumentate progressivamente negli ultimi anni passando da 895 nel 2005 a 1.004 nel 2009; mostrando, così, un incremento pari a circa il 10%, in linea con le percentuali nazionali.

##### *Obiettivi generali:*

L'obiettivo generale del progetto è la realizzazione di una campagna di sensibilizzazione ed azioni di coinvolgimento delle diverse istituzioni e parti sociali della Regione Campania.

##### *Risultati attesi*

Monitoraggio e contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori ed a patologie professionali

##### *Azioni principali*

Le azioni progettuali del nuovo PRP 2010 -2012 tendono a garantire continuità con quanto già realizzato. Di seguito si definisce il programma che prevede le seguenti azioni principali:

- promuovere l'attività dei comitati regionali di coordinamento (ex art. 7 D.Lgs 81/08) per lo sviluppo di programmi specifici, condivisi con parti sociali ed istituzioni preposte alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro;
- realizzare un' idonea infrastruttura hardware e la relativa piattaforma software per la gestione dei dati e dei processi delle attività di vigilanza;
- implementare un sistema informativo regionale, progetto Ges.DA.Sic. "Gestione Dati relativi alla Sicurezza e Salute negli Ambienti di Lavoro" per la gestione dei dati attinenti la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, che, interfacciandosi con le AA.SS.LL., gestisca in modo razionale ed efficace le informazioni di interesse;
- sviluppare il sito web della sicurezza della Campania;
- organizzare sportelli informativi a favore di Committenti, Coordinatori per la Sicurezza e Imprese e servizi on line per l'utenza;
- effettuare una campagna di comunicazione in sintonia con la campagna nazionale;
- garantire al personale delle AA.SS.LL. una pertinente e corretta formazione attraverso una stabile collaborazione con la Procura Generale della Repubblica;
- assicurare un'uniformità di orientamenti dell'attività ispettiva, su tutto il territorio regionale, anche attraverso l'omogeneizzazione delle procedure e la standardizzazione della modulistica;
- realizzare una rete regionale di referenti malprof;

- costituire gruppi di lavoro regionali dedicati a comparti particolari o a tematiche/ rischi specifici;
- potenziare l'azione dei singoli attori attraverso coordinamenti interistituzionali.

#### *Attori*

Gli attori si individuano per i due livelli: regionale e locale.

Sanità: Assessorato e Servizi di Vigilanza in materia di Sicurezza sul lavoro delle AA.SS.LL.; DR e DP Inail; Procura Generale della Repubblica e A.G., etc

#### *Portatori di interesse*

Datori di lavoro; organizzazioni sindacali (RR.LL.S.);

#### *Possibili criticità*

Unificazione delle AA.SS.LL. ancora in corso, Fase di avvio del Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 D.Lgs.81/2008 e s.m.i., procedure amministrative relative a gare, etc.

#### *Sistema di valutazione:*

Definizione di un piano di valutazione entro giugno 2011

#### *Cronoprogramma:*

Le azioni progettuali del nuovo PRP 2010 -2012 tendono a garantire continuità con quanto già realizzato nel precedente piano.

Pertanto, nei primi sei mesi del 2011, si concluderanno le attività in itinere e, contemporaneamente, verrà definito il programma operativo dei prossimi tre anni con il relativo cronoprogramma.

Gennaio 2011: Riorganizzare il Comitato di Coordinamento ex art.7 D.Lgs.81/2008 e s.m.i. e l'Ufficio Operativo Regionale;

Gennaio 2011: Riprendere i lavori del tavolo interistituzionale istituito presso la Procura Generale della Repubblica di Napoli;

Gennaio 2011: Completamento raccolta dati 2010;

Febbraio 2011: Individuare un piano di attività di vigilanza mirato, attribuendo ad ogni ASL un obiettivo specifico per l'anno 2011;

Febbraio 2011: Costituire un gruppo di monitoraggio e di valutazione con tutti i responsabili del piano di attività di vigilanza 2011 delle n. 7 AA.SS.LL. regionali;

Febbraio 2011: Riorganizzare il gruppo di lavoro regionale MALPROF;

Aprile 2011: Programmare e Progettare un nuovo percorso formativo per personale dei Servizi PSAL e IML;

Maggio 2011: sviluppare il sito web della sicurezza della Campania;

Giugno 2011: Mettere a punto l'elenco di attrezzature/apparecchiature di igiene industriale, sicurezza sul lavoro, medicina del lavoro;

Dicembre 2011: Elaborazione del report regionale



Beneficiari

Lavoratori, datori di lavoro, Lavoratori autonomi e Addetti alla Prevenzione

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

Riduzione delle malattie professionali; miglioramento dell'omogeneità di intervento da parte degli operatori delle pubbliche amministrazioni; valorizzare le relazioni e le sinergie tra gli ambiti della prevenzione e della repressione, acquisizione di specifiche conoscenze e capacità da parte degli operatori addetti del comparto nella conoscenza di buone prassi di lavoro, standardizzazione di procedure ed attività.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Incremento raccolta dati delle malattie professionali	Banca Dati INAIL	I dati del 2010 sono in corso di acquisizione e, quindi, il valore dell'indicatore è in corso di verifica	Incremento raccolta dati del 15%		Incremento raccolta dati del 15%	

**Progetto 3: Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo (Quadro d'Insieme n° 2.2.2)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo.

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento:

Nel periodo 2005/2009, in Campania, in analogia all'andamento nazionale, si è avuta una riduzione delle denunce di infortuni sul lavoro. I dati epidemiologici nazionali derivanti dai flussi informativi, elaborati da INAIL, ex ISPESL e Coordinamento delle Regioni forniscono le seguenti informazioni:

<b>REGIONE CAMPANIA</b>					
<b>INFORTUNI SUL LAVORO DENUNCIATI DALLE AZIENDE, E INDENNIZZATI PER TIPOLOGIA</b>					
Tutte le gestioni					
	2005	2006	2007	2008	2009
Inabilità temporanea	21.331	20.271	19.030	18.175	16.426
Inabilità permanente	2.003	2.021	1.958	1.875	1.665
Casi mortali	80	76	74	72	51
Totale Indennizzati	23.414	22.368	21.062	20.122	18.142
Totale denunciati	33.240	32.074	30.099	28.756	26.280
% indennizzati/denunciati	70,44%	69,74%	69,98%	69,97%	69,03%

Dalla lettura della tabella si evidenzia una diminuzione delle inabilità temporanee e permanenti, derivanti da infortuni, e degli infortuni mortali.

Il fenomeno degli infortuni sul lavoro resta comunque un'emergenza.

A partire dal 2008, la Regione Campania, ha pianificato un'azione di prevenzione sul territorio, recependo quanto previsto nel Patto della Salute, d'intesa con il Coordinamento delle Regioni.

Per il comparto dell'edilizia, gravato da indici infortunistici particolarmente elevati, è stata programmata, negli stessi anni, un'azione di prevenzione specifica.

#### *Obiettivi generali:*

L'obiettivo generale del progetto è la diminuzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio .

#### *Risultati attesi*

Monitoraggio e contenimento degli infortuni mortali e gravi con particolare riguardo ai comparti di edilizia ed agricoltura.

#### *Azioni principali*

Le azioni progettuali del nuovo PRP 2010 -2012 tendono a garantire continuità con quanto già realizzato. Di seguito si definisce il programma che prevede le seguenti azioni principali:

- focalizzare gli interventi di vigilanza sulle aree di attività lavorativa a maggior rischio, con particolare riferimento ai seguenti comparti: edilizia ed agricoltura;
- promuovere l'attività dei comitati regionali di coordinamento (ex art. 7 D.Lgs 81/08) per lo sviluppo di programmi specifici, condivisi con parti sociali ed istituzioni preposte alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro;
- realizzare un' idonea infrastruttura hardware e la relativa piattaforma software per la gestione dei dati e dei processi delle attività di vigilanza;
- implementare un sistema informativo regionale, progetto Ges.DA.Sic. "Gestione Dati relativi alla Sicurezza e Salute negli Ambienti di Lavoro" per la gestione dei dati attinenti la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, che, interfacciandosi con le AA.SS.LL., gestisca in modo razionale ed efficace le informazioni di interesse;
- sviluppare il sito web della sicurezza della Campania;
- organizzare sportelli informativi a favore di Committenti, Coordinatori per la Sicurezza e Imprese e servizi on line per l'utenza;
- effettuare una campagna di comunicazione in sintonia con la campagna nazionale;
- garantire al personale delle AA.SS.LL. una pertinente e corretta formazione attraverso una stabile collaborazione con la Procura Generale della Repubblica;
- assicurare un'uniformità di orientamenti dell'attività ispettiva, su tutto il territorio regionale, anche attraverso l'omogeneizzazione delle procedure e la standardizzazione della modulistica;
- realizzare una rete regionale di referenti per gli infortuni mortali e gravi;
- costituire gruppi di lavoro regionali dedicati a comparti particolari o a tematiche/ rischi specifici;
- potenziare l'azione dei singoli attori attraverso coordinamenti interistituzionali.

#### *Attori*

Gli attori si individuano per i due livelli: regionale e locale.

Sanità: Assessorato e Servizi di Vigilanza in materia di Sicurezza sul lavoro delle AA.SS.LL.; DRL e DPL; DR e DP Inail; Comando Regionale e provinciale VV.F; Procura Generale della Repubblica e A.G., etc

*Portatori di interesse*

Datori di lavoro; organizzazioni sindacali ( RR.LL.S);

*Possibili criticità*

Unificazione delle AA.SS.LL. ancora in corso, Fase di avvio del Comitato Regionale di Coordinamento art.7 D.Lgs.81/2008 e s.m.i., procedure amministrative relative a gare, etc.

*Sistema di valutazione:*

Definizione di un piano di valutazione entro giugno 2011

*Cronoprogramma*

Le azioni progettuali del nuovo PRP 2010 -2012 tendono a garantire continuità con quanto già realizzato nel precedente piano.

Pertanto, nei primi sei mesi del 2011, si concluderanno le attività in itinere e, contemporaneamente, verrà definito il programma operativo dei prossimi tre anni con il relativo cronoprogramma.

Gennaio 2011: Completamento raccolta dati 2010;

Gennaio 2011: Riorganizzare il Comitato di Coordinamento ex art.7 D.Lgs.81/2008 e s.m.i. e l'Ufficio Operativo Regionale;

Gennaio 2011: Riprendere i lavori del tavolo interistituzionale istituito presso la Procura Generale della Repubblica di Napoli

Febbraio 2011: Individuare un piano di attività di vigilanza mirato, attribuendo ad ogni ASL un obiettivo specifico per l'anno 2011;

Febbraio 2011: Costituire un gruppo di monitoraggio e di valutazione con tutti i responsabili del piano di attività di vigilanza 2011 delle n. 7 AA.SS.LL. regionali;

Marzo 2011: Standardizzare la modulistica dell'attività di vigilanza;

Marzo 2011: Configurare l' infrastruttura hardware regionale ed ASL;

Marzo 2011: installare la relativa piattaforma software per la gestione dei dati e dei processi delle attività di vigilanza;

Aprile 2011: Programmare e Progettare un nuovo percorso formativo per personale dei Servizi PSAL e IML;

Maggio 2011: sviluppare il sito web della sicurezza della Campania;

Giugno 2011: riesaminare la nomina dei referenti ASL per infortuni mortali e flussi informativi;

Giugno 2011: Mettere a punto l'elenco di attrezzature/apparecchiature di igiene industriale, sicurezza sul lavoro, medicina del lavoro;

Dicembre 2011: Integrazione delle Attività e dei dati dei Servizi PSAL e IMDL;

Dicembre 2011: Elaborazione di un primo report regionale;

*Beneficiari*

Lavoratori, datori di lavoro, Lavoratori autonomi e Addetti alla Prevenzione

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

Riduzione degli infortuni mortali e gravi; miglioramento dell'omogeneità di intervento da parte degli operatori delle pubbliche amministrazioni; valorizzare le relazioni e le sinergie tra gli ambiti della prevenzione e della repressione, acquisizione di specifiche conoscenze e capacità da parte degli operatori addetti del comparto nella conoscenza di buone prassi di lavoro, standardizzazione di procedure ed attività.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
numero aziende ispezionate sul totale previsto dal PNP	Dati flussi informativi	I dati del 2010 sono in corso di acquisizione e, quindi, il valore dell'indicatore è in corso di verifica.	>85%		>90%	
Di cui % numero cantieri ispezionati sul totale previsto dal PNP	Notifiche preliminari Anno precedente	I dati del 2010 sono in corso di acquisizione e, quindi, il valore dell'indicatore è in corso di verifica.	>85%		>90%	
Di cui % Controlli in aziende agricole	Dati flussi informativi	I dati del 2010 sono in corso di acquisizione e, quindi, il valore dell'indicatore è in corso di verifica.	>85%		>90%	

### 2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico

**Progetto 4: Prevenzione degli incidenti domestici negli anziani attraverso la promozione dell'attività fisica mediante i gruppi di cammino e la ginnastica dolce (Quadro d'Insieme n° 2.3.1)**

Identificativo della linea o delle linee di intervento generali di cui in tabella 1

2.3 – Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico

Obiettivi generali di salute del PNP 2010-2012:

Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana, attraverso l'incremento dell'attività motoria.

Descrizione del progetto

*Razionale*

Gli stili di vita rappresentano un fattore determinante della salute che può essere modificato intervenendo adeguatamente sulle conoscenze, sulle abilità e sull'atteggiamento delle persone. La sedentarietà è causa o con-causa di molte gravi malattie, mentre un'attività fisica moderata, quotidiana, può essere di sicuro beneficio alle singole persone ed alla comunità (OMS 2000).

La pratica regolare di attività fisica moderata è un fattore protettivo nei confronti di molte malattie croniche, come risulta dalla letteratura e dalle evidenze scientifiche (*Clinical evidence, Min. della Salute*), è un fattore protettivo verso le patologie cardiovascolari, le dislipidemie e l'obesità, l'ipertensione, la comparsa del diabete e, nei diabetici, verso le complicanze, il decadimento mentale e la depressione, alcuni tumori (carcinoma del colon, mammella), la disabilità.

Inoltre si correla con altri importanti problemi che possono coinvolgere l'anziano, quali l'osteoporosi, le cadute che spesso comportano complicanze gravi, sia sul piano fisico che della qualità di vita.

Infatti le cadute dell'anziano rappresentano una priorità per la sanità pubblica, per la loro incidenza sulla morbosità, mortalità e disabilità dell'anziano, per le conseguenze sociali e i costi economici.

I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano che nella prevenzione delle cadute degli anziani si sono dimostrati particolarmente efficaci gli interventi basati sull'attività fisica volta ad incrementare la forza muscolare ed il senso di equilibrio, correlati ad attività di educazione sanitaria e di informazione mirate a modificare l'ambiente domestico (rimozione degli ostacoli, tappetini di sicurezza, miglioramento dell'illuminazione, ecc.).

Nel precedente PRP (2005-2007, prorogato al 2008 e al 2009) la Regione Campania aveva già individuato la promozione dell'attività fisica negli anziani con la realizzazione di Gruppi di cammino e di ginnastica dolce tra le priorità nel campo della prevenzione degli incidenti domestici e della promozione di sani stili di vita.

Si è pertanto costituito un gruppo regionale di coordinamento tra le ASL ed è stato dato avvio ad un corso di formazione per gli operatori.

Alcune ASL inoltre hanno stipulato convenzione con l'Università "Parthenope" (Corso di Laurea in Scienze Motorie), al fine di rendere disponibili degli "insegnanti di educazione fisica" per la supervisione dei primi mesi di attività dei Gruppi di cammino e di ginnastica dolce e hanno coinvolto i medici di medicina generale e le Unità Operative Anziani per consigliare un'adeguata attività motoria ai loro assistiti.

#### *Risultati attesi*

Attivazione di gruppi di cammino e ginnastica dolce

#### *Attività*

- Individuazione di un gruppo di lavoro regionale con il compito di coordinamento e di monitoraggio delle attività delle Aziende Sanitarie partecipanti al progetto.
- Coinvolgimento dei portatori di interesse del settore sanitario e di altri settori a livello regionale e a livello locale (operatori dei distretti, medicina dello sport, UUOO assistenza anziani, servizi geriatrici, epidemiologia, educazione alla salute, servizio comunicazione, rappresentanti dei MMG, ecc.).
- Coinvolgimento dei portatori di interesse: MMG, UISP e altre Associazioni, enti specializzati in Scienze Motorie,
- Formazione regionale operatori ASL e MMG
- Produzione materiale educativo - informativo
- Organizzazione campagna comunicativa e informativa alla popolazione
- Costituzione di Gruppi di cammino e di ginnastica dolce (anziani)
- Monitoraggio del processo e Valutazione

#### *Portatori di interesse*

I gruppi di interesse sono la popolazione target e le loro famiglie. Inoltre:

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

- Decisori regionali, comunali e locali delle politiche e dei servizi sociali
- Specialisti in Geriatria e Medicina dello Sport,
- Università della Terza Età
- Ordini Professionali, Società scientifiche e sindacali dei Medici di Medicina Generale
- Operatori sanitari (MMG, operatori dei distretti, servizi geriatrici, dipartimenti di prevenzione, servizio comunicazione) e socio-sanitari
- UISP (Unione Italiana Sport Per tutti) e altre Associazioni sportive, CAI, Associazioni ambientaliste ed escursioniste
- il mondo del volontariato sociale
- Associazioni per la Cittadinanza Attiva
- Centri di aggregazione per gli anziani sul territorio (centri sociali, parrocchie)
- Mass media

*Cronoprogramma delle attività:*

Attività	2011												2012											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Riunioni con portatori di interesse	x	x	x	x	x	x																		
Stipula di accordi con università, UISP, esperti	x	x	x	x	x	x																		
Formazione regionale	x	x	x	x	x	x																		
Formazione locale MMG					x	x	x		x	x	x	x	x	x	x									
Consegna ai MMG e UOAA di materiale comunicativo per gli assistiti					x	x	x		x	x	x	x	x	x	x									
Assemblee pubbliche con associazioni locali					x	x	x		x	x	x	x	x	x										
Attività gruppi con insegnante							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Attività gruppi con walking leader											x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Valutazione condivisa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				

Beneficiari e attori

*Target primario*

Gli anziani

*Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva*

Medici di medicina generale, operatori ASL, associazioni di volontariato sociale

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

*Obiettivo generale*

Favorire stili di vita attivi e salutari nelle persone anziane in Campania

*Obiettivo specifico*

1. incrementare l'attività fisica negli anziani attraverso una campagna di comunicazione di massa con il coinvolgimento dei MMG e delle Unità Operative Assistenza Anziani affinché consiglino, con modalità comunicative efficaci, ai loro assistiti un'adeguata attività motoria e corretti stili di vita.
2. Attuazione di Gruppi di cammino e di ginnastica dolce

*Obiettivo intermedio 1*

Coinvolgere i portatori di interesse del settore sanitario e di altri settori a livello regionale.

Organizzazione campagna comunicativa regionale

*Obiettivo intermedio 2*

Coinvolgere i portatori di interesse del settore sanitario e di altri settori a livello locale.

Organizzazione campagna comunicativa di ASL

*Obiettivo intermedio 3*

Attivazione dei MMG, delle UOAA e del contesto locale

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Livello di attività fisica nella popolazione e stili di vita	Passi e Passi d'Argento					
N° MMG partecipanti corsi di formazione	Relazioni di servizio	440	Ulteriori 300		Ulteriori 1000	
N° di operatori UOAA partecipanti ai Corsi di formazione	Relazioni di servizio	30	100		130	
% di MMG e UOAA che hanno ricevuto il materiale comunicativo da consegnare agli assistiti	Relazioni di servizio	15%	50%		80%	
N° di ASL che attivano il progetto	Relazioni di servizio	4	7			
N° gruppi di cammino attivati	Relazioni di servizio	2	10		60	
N° gruppi ginnastica dolce attivati	Relazioni di servizio	8	15		60	
Gradimento da parte del target e modifica comportamenti	Questionari					

**Progetto 5: Prevenzione degli incidenti domestici in età infantile 0-4 anni (Quadro d'Insieme n° 2.3.2)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

2.3 Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri da avvelenamento e ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni

### Descrizione del progetto

#### *Razionale dell'intervento:*

Si stima che gli incidenti domestici determinano in Italia ogni anno circa 4.500 decessi, 130.000 ricoveri, 1.300.000 accessi al Pronto Soccorso (SINIACA). Il rapporto EUROSAFE 2009 sostiene che, sebbene in Italia, rispetto alla fine degli anni '80, si siano fatti enormi progressi, gli incidenti rimangono la prima causa di morte nella fascia 0-19 anni e sono responsabili del 24% di tutti i decessi giovanili. Gli incidenti non lievi (con ricorso al pronto soccorso) si registrano con maggiore frequenza nei primi anni di vita (in particolare nella fascia d'età 1-7 anni) e nell'età avanzata (sopra i 70 anni). I bambini da 0 a 5 anni hanno un rischio 5 volte maggiore di un adulto di avere un incidente domestico cui consegue ricovero ospedaliero (SINIACA)..

I traumi dentari in oltre il 70% dei casi è imputabile ad un incidente domestico. Essi sono particolarmente frequenti (il 20% dei bambini in dentizione decidua e il 15% dei bambini in dentizione permanente) e di particolare interesse in ambito preventivo, perché con un tempestivo e corretto intervento di semplice attuazione (raccolta dei frammenti del dente fratturato o raccolta del dente avulso; conservazione in saliva, soluzione fisiologica o latte; ricorso all'odontoiatra entro 4 ore dal trauma) è possibile ottenere un'ottima prevenzione degli esiti.

La Regione Campania nell'ambito del PNP 2005-2007 ha aderito al progetto nazionale, coordinato dalla Regione Piemonte, su mandato del CCM, realizzato per supportare ed offrire assistenza tecnico-scientifica alle Regioni nell'avvio dei Piani Locali di Prevenzione Incidenti Domestici. In tale contesto sono stati formati referenti regionali e altri operatori per costituire un primo nucleo di esperti ed avviare a livello locale interventi di prevenzione incidenti domestici nei bambini di 0-4 anni. Il progetto che si propone ricalca quello attuato nell'ASL Napoli 1 Centro con buoni risultati.

Dalla letteratura scientifica emerge che gli interventi che sembrano essere efficaci sono:

- gli interventi normativi (salvavita, rilevatori di fumo, ringhiere, termostati per acqua calda, tappi di sicurezza ecc.)
- interventi educativi di comunità (interventi in ambito scolastico + consigli del medico + campagne educative di massa)

Interventi la cui efficacia è dubbia sono:

- il consiglio del medico (non associato ad altri interventi)
- il sopralluogo nell'abitazione con consigli sugli interventi da intraprendere

Non sembrano essere efficaci

- gli interventi educativi nelle scuole, non associati ad altri interventi
- le campagne informative di massa, non associate ad altri interventi
- la distribuzione di materiali informativi, non associati ad altri interventi

Sulla base dei dati prima esposti e degli studi di efficacia è stato formulato il seguente piano di interventi.

#### *Obiettivi generali:*

Riduzione dell'incidentalità domestica in età infantile; prevenzione degli esiti dei traumi dentali.

#### *Risultati attesi*

Aumentare nei genitori la consapevolezza dei rischi presenti in casa e la conoscenza delle misure per ridurre i rischi di incidentalità.



Favorire l'adozione da parte dei genitori di misure che rendano l'ambiente domestico più sicuro per i bambini.

Promuovere nei genitori atteggiamenti e comportamenti più responsabili nei confronti della sicurezza dei propri figli.

Fare in modo che in caso di frattura o avulsione dentale i frammenti o il dente avulso sia conservato in un liquido idoneo e che si ricorra all'odontoiatra entro le prime 4 ore.

*Azioni principali:*

*1. Intervento rivolto alle gestanti che frequentano Corsi pre-parto e/o il consultorio familiare e ai genitori utenti dei Consultori e/o dei Centri Vaccinali.*

Formazione degli operatori delle UU.OO Materno-Infantili impegnati nei corsi pre-parto, nei consultori e centri vaccinali sulla prevenzione degli infortuni domestici e sulla comunicazione efficace e convincente.

Consegna agli operatori dei corsi pre-parto di un cd con slide e lucidi da utilizzare nei Corsi alle gestanti. Consegna alle strutture che organizzano corsi pre-parto, ai consultori e centri vaccinali di 3 brochure informative (per i genitori dei bambini di 0-6 mesi, 6 mesi 2-anni, 2-6 anni).

Gli operatori che svolgono i corsi pre-parto dedicheranno un incontro del corso al tema della casa sicura e della prevenzione degli incidenti nei primi 6 mesi di vita del bambino, con l'ausilio della presentazione in power-point.

Gli operatori del Consultorio daranno alle donne che sono nel terzo trimestre di gestazione consigli sulla sicurezza domestica e sulla prevenzione degli incidenti nei primi 6 mesi, consegnando loro la brochure 0-6 mesi

Gli operatori dei Centri Vaccinali daranno consigli sulla prevenzione degli infortuni consegnando le relative brochure ai genitori dei bambini che si vaccinano.

In tutte le strutture sanitarie prima indicare sarà affissa una locandina sul tema in questione e una sulla corretta gestione dei traumi dentali in integrazione con gli altri progetti di prevenzione con lo stesso target di popolazione;

*2. Intervento rivolto ai genitori dei bambini tramite i Pediatri di libera scelta.*

Coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, tramite le UU.OO. Assistenza Sanitaria e le associazioni professionali.

Formazione dei pediatri sulla prevenzione degli infortuni domestici e su come migliorare lo scambio comunicativo per dare maggiore efficacia al loro intervento educativo.

Consegna delle tre brochure (0-6 mesi, 6 mesi-2 anni, 2-6 anni) e della locandina sulla prevenzione degli incidenti domestici e di quella sui traumi dentali.

I PLS daranno consigli sulla prevenzione degli infortuni consegnando le relative brochure ai genitori dei bambini.

*3. Affissione di un manifesto sulla prevenzione degli esiti dei traumi dentali nelle scuole e centri sportivi.*

Coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale e delle sue articolazioni provinciali, degli enti locali, delle federazioni e associazioni sportive.

*Attori:*

Operatori delle ASL (Dipartimento di Prevenzione, Servizio Comunicazione, Dipartimento Materno-Infantile e UOMI, Settori Educazione alla Salute, UOAS), Pediatri di libera scelta, associazioni professionali dei PLS, dirigenti scolastici, federazioni e associazioni sportive

*Portatori di interesse:*

Bambini e loro genitori, PLS, Enti Locali, Associazioni professionali dei PLS, federazioni e associazioni sportive e loro associati

*Possibili criticità:*

Collaborazione dei PLS.

Difficoltà nella consegna del materiale ai PLS.

Difficoltà a far acquisire nuove modalità comunicative agli operatori dei Centri Vaccinali e consultori e ai PLS.

Difficoltà nella valutazione dell'intervento comunicativo

*Sistema di valutazione:*

- realizzazione dei materiali comunicativi.
- realizzazione dei corsi di formazione per gli operatori delle UOMI e i PLS
- % di operatori UOMI che hanno partecipato alla formazione
- % dei pediatri di libera scelta che hanno partecipato alla formazione
- miglioramento delle conoscenze sugli incidenti domestici e delle competenze comunicative da parte del personale delle UOMI e dei PLS partecipanti ai corsi di formazione. Sistema di rilevamento: somministrazione di questionari prima e dopo la formazione
- % di PLS e UOMI che hanno ricevuto il materiale comunicativo per i genitori (brochure, locandine). Sistema di rilevamento: firma per accettazione da parte dei PLS e responsabili UOMI
- n° di Corsi pre-parto nel quale è stato svolto l'incontro sulla prevenzione degli incidenti domestici. Sistema di rilevamento: relazione da parte dei responsabili delle UOMI
- % di volantini distribuiti su quelli ricevuti. Sistema di rilevamento: relazione da parte dei responsabili delle UOMI e intervista ad un campione di PLS
- % di genitori che dichiara di avere ricevuto materiale comunicativo sugli incidenti domestici. Sistema di rilevamento: questionario somministrato ad un campione di genitori.
- aumento della consapevolezza e acquisizione di conoscenze e comportamenti. Sistema di rilevamento: somministrazione di un questionario ad un campione di genitori.
- % di scuole e di centri sportivi nei quali è stato affisso il manifesto sulla corretta gestione dei traumi dentali

*Cronoprogramma:*

entro luglio 2011:

- formazione operatori dei Corsi pre-parto, Consultori e Centri vaccinali
- consegna cd e lucidi agli operatori dei Corsi pre-parto
- coinvolgimento PLS
- coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale e delle sue articolazioni provinciali, degli enti locali, delle federazioni e associazioni sportive.
- stampa materiale comunicativo

entro ottobre 2011

- consegna materiale comunicativo alle UOMI
- inizio attività di educazione sanitaria degli operatori dei consultori e Centri vaccinali secondo le modalità previste nel progetto
- inizio affissione manifesti sui traumi dentari in scuole e centri sportivi

entro dicembre 2011

- formazione PLS
- consegna materiale comunicativo ai PLS
- inizio attività di educazione sanitaria da parte dei PLS secondo le modalità previste nel progetto
- valutazione delle attività del primo anno

entro marzo 2012

- completare la formazione dei PLS
- completare la consegna materiale comunicativo ai PLS
- completare affissione manifesti sui traumi dentari in scuole e centri sportivi

dicembre 2012

- valutazione delle attività

Beneficiari:

*Target primario*

Bambini

*Target intermedio*

Genitori, insegnanti, personale dei centri sportivi

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

*Obiettivo Generale:*

Diminuzione degli incidenti domestici con ricorso al PS in età infantile.

*Obiettivi di processo:*

Fare in modo che le gestanti che frequentano i corsi pre-parto e i consultori e che i genitori utenti dei consultori e dei centri vaccinali ricevono consigli e materiale informativo sulla prevenzione degli incidenti domestici secondo modalità comunicative efficaci

Fare in modo che i genitori dei bambini assistiti dai PLS ricevono consigli e materiale informativo sulla prevenzione degli incidenti domestici secondo modalità comunicative efficaci

Fare in modo che nelle scuole e centri sportivi, negli studi dei PLS e nelle strutture dell'ASL sia presente una locandina o un manifesto che indichi cosa fare in caso di trauma dentale.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Realizzazione dei materiali comunicativi	Presenza dei materiali	Presenza dei prototipi	Presenza del materiale stampato		Presenza del materiale stampato	

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

n° corsi di formazione per gli operatori dei Corsi pre-parto, consultori, centri vaccinali e i PLS	Dati di servizio	10	Almeno 2 Corsi per gli operatori UOMI e 1 per i PLS in ogni ASL	Almeno 2 Corsi per gli operatori UOMI e 1 per i PLS in ogni ASL	
% di operatori dei Corsi pre-parto, consultori e centri vaccinali formati	Dati di servizio	15%	50%	90%	
% di PLS che hanno partecipato alla formazione	Dati di servizio	10%	30%	80%	
miglioramento delle conoscenze sugli incidenti domestici e delle competenze comunicative da parte del personale delle UOMI e dei PLS partecipanti ai corsi di formazione	Questionari somministrati prima e dopo la formazione		Miglioramento del 40%	Miglioramento del 40%	
% degli operatori UOMI che hanno ricevuto il materiale comunicativo per i genitori (brochure, locandine).	Firma per accettazione da parte dei responsabili UOMI		60%	90%	
% di PLS che hanno ricevuto il materiale comunicativo per i genitori (brochure, locandine).	Firma per accettazione da parte dei PLS		20%	90%	
n° di Corsi pre-parto nel quale è stato svolto l'incontro sulla prevenzione degli incidenti domestici.	Relazione da parte dei responsabili delle UOMI	6	140	350	
% di volantini distribuiti da consultori e centri vaccinali su quelli ricevuti.	Relazione da parte dei responsabili delle UOMI		50%	90%	
% di volantini distribuiti dai PLS su quelli ricevuti.	Intervista ad un campione di PLS		20%	80%	
% di genitori che dichiara di avere ricevuto materiale comunicativo sugli incidenti domestici	questionario somministrato ad un campione di genitori.			60%	
Aumento della consapevolezza e acquisizione di conoscenze e comportamenti.	questionario somministrato ad un campione di genitori.			40%	
% di scuole e di centri sportivi nei quali è stato affisso il	Rilevamento su un campione di scuole e centri		20%	60%	

manifesto sulla corretta gestione dei traumi dentali	sportivi					
--	----------	--	--	--	--	--

**Progetto 6: La prevenzione degli incidenti domestici nella scuola primaria e secondaria di I grado (Quadro d'Insieme n° 2.3.3)**

Identificativo della linea o delle linee di intervento generali di cui in tabella 1

2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico

Descrizione del progetto

*Razionale*

Gli incidenti domestici nella prima infanzia sono una causa importante di morte e, molto alto è il tasso di ricorso al Pronto Soccorso (PS).

Il rapporto EUROSAFE 2009 sostiene che, sebbene in Italia, rispetto alla fine degli anni '80, si siano fatti enormi progressi, gli incidenti rimangono la prima causa di morte nella fascia 0-19 anni e sono responsabili del 24% di tutti i decessi giovanili.

Nel 2003, 1027 bambini e adolescenti in questo gruppo di età è morto per infortunio.

Se il tasso di infortuni in Italia fosse ridotto al livello registrato in Olanda, considerato nelle stime EUROSAFE il paese più sicuro, circa 270 (28%) di queste vite si sarebbero salvate.

L'Italia ha svolto un buon lavoro in materia di sicurezza di ciclomotori e motorini, tuttavia altri settori, come la sicurezza in ambito domestico (annegamento, avvelenamento e cadute) non hanno ricevuto la stessa attenzione.

I dati rilevati relativi ai pazienti ricoverati per ustioni e avvelenamenti, sottolineano la necessità di porre attenzione alla prevenzione di questi tipi di infortuni nella prima infanzia.

La Regione Campania nell'ambito del PNP 2005-2007 ha aderito al progetto nazionale, coordinato dalla Regione Piemonte su mandato del CCM, realizzato per supportare ed offrire assistenza tecnico-scientifica alle Regioni nell'avvio dei Piani locali di Prevenzione Incidenti domestici.

In tale contesto sono stati formati referenti regionali e altri operatori per costituire un primo nucleo di esperti ed avviare a livello locale interventi di prevenzione incidenti domestici nei bambini di 0-4 anni e nella scuola primaria e secondaria di primo grado.

Dopo l'impegno per rendere stabile il progetto nelle strutture sanitarie dedicate alla prima infanzia (Consultori e Centri Vaccinali), il passo successivo è il coinvolgimento della scuola per l'infanzia con metodi e materiali didattici specifici per l'età, affinché all'informazione offerta ai genitori si aggiunga l'inizio di un percorso formativo dei bambini.

Tale percorso prosegue nella scuola primaria e secondaria di primo grado, nell'ottica di voler accompagnare i bambini verso la consapevolezza che farà di loro dei "cittadini competenti", capaci di proteggersi da scelte pericolose. Il tema della sicurezza domestica presenta il vantaggio di affrontare situazioni che fanno parte del loro quotidiano in spazi che sono alla loro portata. In particolare le scuole per l'infanzia hanno programmi di psicomotricità che prevedono una consapevole presenza nello spazio e

la capacità di spostarsi tenendo conto anche degli ostacoli presenti; queste attività si prestano ottimamente per affrontare con i bambini il tema della sicurezza e della prevenzione degli incidenti.

Giochi e fiabe studiati ad hoc, potranno focalizzare l'attenzione dei bambini sulle situazioni potenzialmente rischiose e sulle modalità per evitare i danni.

Non è mai presto per cominciare a sviluppare un atteggiamento preventivo, la difficoltà sta nel trovare i messaggi giusti e la modalità di trasmissione più adeguata alla fascia di popolazione che parteciperà all'intervento.

#### *Risultati Attesi*

- Realizzazione di un pacchetto didattico sulla prevenzione degli incidenti domestici, orientato ai bambini della scuola dell'infanzia
- Formazione degli insegnanti sulla prevenzione della sicurezza in casa e presentazione dei materiali didattici
- Realizzazione da parte delle maestre di attività educative utilizzando il pacchetto didattico

#### *Attività*

Avvio del progetto

Livello Regionale

- Formalizzazione di un gruppo di lavoro regionale scuola-sanità con il compito di coordinamento e di monitoraggio delle attività delle Aziende Sanitarie partecipanti al progetto.

Livello Aziendale

- Identificazione di un Referente di Progetto e Costituzione del Coordinamento Aziendale con coinvolgimento delle UU.OO. essenziali alla realizzazione degli interventi ( Unità Operative Materno-Infantili, Servizi Epidemiologia, Educazione alla Salute, Servizi Comunicazione, rappresentante dei PLS, ecc.) e rappresentanti della Scuola. Il Referente rappresenterà l'Azienda Sanitaria Locale nel gruppo di lavoro regionale.

Per i risultati attesi al punto 1 :

1. Costituzione di un tavolo di lavoro congiunto scuola/sanità
2. Produzione del pacchetto didattico
3. Riproduzione dei materiali

Per i risultati attesi punto 2:

1. Preparazione del materiale didattico per gli incontri di formazione per insegnanti
2. Realizzazione delle giornate di formazione per insegnanti
3. Valutazione del percorso

Per i risultati attesi punto 3:

1. Coinvolgimento delle scuole che avranno dato l'adesione a partecipare al progetto
2. Distribuzione dei materiali didattici
3. Monitoraggio e valutazione delle attività

#### *Portatori di interesse*

I gruppi di interesse sono i bambini, le loro famiglie, gli insegnanti, gli operatori sanitari (Unità Operative Materno Infantili, Dipartimenti di Prevenzione, PLS, Strutture di Educazione alla salute, Servizi Comunicazione ), gli Enti locali.

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Beneficiari

*Target primario*

Bambini che frequentano la scuola dell'infanzia (3 -6 anni), la scuola primaria e secondaria di I° grado

*Target intermedio*

Genitori, insegnanti.

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

*Obiettivo Generale:*

Diminuzione degli incidenti domestici con ricorso al PS nella fascia di età 3-13 anni

*Obiettivi Specifici:*

- Aumentare nei bambini in età prescolare e scolare la consapevolezza dei rischi presenti in casa
- Favorire la cultura della prevenzione in ambito scolastico, affinché anche gli insegnanti diventino moltiplicatori di informazioni alle famiglie

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Realizzazione dei materiali didattici	Presenza dei materiali	Presente scuola primaria e secondaria I° grado Predisposizione materiale specifico scuola materna	Presente nel 30% delle scuole partecipanti al progetto		Presente nel 75% delle scuole partecipanti al progetto	
N° corsi formazione per gli insegnanti che aderiscono al progetto	Dati di servizio	31	Incremento del 10%		Incremento del 30%	
N. scuole materne e n° di classi che partecipano all'intervento	Dati di servizio	27 scuole	Almeno 50 scuole e 200 classi		Almeno 150 scuole e 600 classi	
N. scuole primarie e n° di classi che partecipano all'intervento	Dati di servizio	49 scuole	Almeno 100 scuole e 400 classi		Almeno 300 scuole e 1200 classi	
N. scuole secondarie I° grado e n° di classi che partecipano all'intervento	Dati di servizio	0	Almeno 30 scuole e 120 classi		Almeno 100 scuole e 400 classi	

## 2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

**Progetto 7: Aumentare la copertura vaccinale attraverso il miglioramento dell'anagrafe vaccinale, la maggiore accessibilità per i gruppi a rischio e la realizzazione di programmi informativi per la popolazione (Quadro d'Insieme n° 2.4.1)**

Linea di intervento generale:

2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazioni

Breve descrizione dell'intervento programmato

*Razionale*

In Regione Campania, a fronte dei buoni risultati raggiunti per tutte le vaccinazioni obbligatorie e per alcune raccomandate (difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse e malattie invasive da Hib - tab. 1), rimangono ancora da migliorare i livelli di copertura contro il morbillo, anche se, pure MPR, si è registrato negli anni un notevole miglioramento (ICONA 2008).

<b>Tabella 1. CAMPANIA : coperture vaccinali % a 24 mesi; anno 2009</b>	
Vaccinazione	copertura vaccinale*
Polio	94,6
DT	94,6
Pertosse	94,6
HBV	94,6
Hib	94,4
MPR/Morbillo	86,9
*3 dosi di polio, DT, pertosse, HBV, Hib; 1 dose di MPR/morbillo per i bambini di età > 15 mesi	

Un'ulteriore criticità è costituita dai ritardi vaccinali. Sebbene, infatti, la maggioranza dei bambini campani sia vaccinato con le tre dosi dei vaccini previsti dal calendario entro il primo anno di vita, circa il 20% conclude in ritardo il ciclo primario. Dall'indagine campionaria ICONA condotta nel 2008, il motivo principale di tale ritardo è risultato la presenza di una malattia intercorrente del bambino, seguito da problemi logistici e familiari.

Questo dato risulta particolarmente preoccupante, soprattutto per quelle vaccinazioni che possono esporre il bambino a malattie la cui gravità è massima nel primo anno di vita.

Anche per la vaccinazione anti-HPV, introdotta nel giugno 2008, si registrano al 2009 livelli di copertura insoddisfacenti, pari al 27,4% per la terza dose nella coorte del 1997 (tab. 2).

Tabella 2. CAMPANIA : coorte '97, copertura vaccinale per HPV per dose (dati aggiornati al 31/12/2009)	
HPV	copertura vaccinale
% vaccinate con almeno una dose	54,2%
% vaccinate con almeno due dosi	44,5%
% vaccinate con tre dosi	27,4%



Per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale la situazione è riportata in tabella 3; per quanto in crescita, non risultano ancora raggiunti i livelli del 75% negli ultra 64-enni come previsto nel PSN. Manca inoltre la possibilità di valutare la copertura per categorie di rischio.

<b>Tabella 3. CAMPANIA: Vaccinazione antinfluenzale: stagione 2009-2010. Coperture vaccinali (per 100 abitanti)*</b>	
classe di età	copertura vaccinale
< 5 anni	9,9
5-14 anni	8,0
15-24 anni	9,7
25-64 anni	12,4
>=65 anni	63,4
Totale	19,5
dati aggiornati al luglio 2010	

Per le altre vaccinazioni (pneumococco, meningococco C, varicella, MPRV), il Piano Regionale delle Vaccinazioni fornisce chiare indicazioni sugli obiettivi da perseguire, individuando le categorie a rischio cui limitare l'offerta attiva e gratuita di questi vaccini.

Tuttavia, lo stesso Piano indica la possibilità di rendere disponibili tutte le vaccinazioni di comprovata efficacia e che non contrastano con le strategie di sanità pubblica, con la compartecipazione della spesa da parte dell'utente, una volta assicurati e resi operativi i programmi di vaccinazione dello stesso piano. In virtù di ciò, si è determinata, a livello regionale, una notevole disomogeneità nell'offerta di tali vaccinazioni: alcune AASSLL, infatti, offrono queste vaccinazioni gratuitamente solo a gruppi a rischio, altre anche in compartecipazione della spesa per i soggetti non rientranti in tali categorie, altre ancora garantiscono l'offerta universale.

Una tale situazione, oltre a determinare una diseguità nell'accesso alla prevenzione vaccinale, può essere causa di effetti epidemiologici negativi laddove non vengono raggiunti in breve tempo elevati livelli di copertura vaccinale. Pertanto non è più procrastinabile un'accurata valutazione, in termini di risorse sia economiche che di personale, dell'opportunità di introdurre nuove vaccinazioni nel calendario routinario dell'infanzia.

Nel merito, occorre evidenziare che in Regione Campania, il documento vigente di programmazione in ambito vaccinale, il "Piano delle Vaccinazioni in Regione Campania" è stato approvato nell'agosto del 2004 con D.G.R. 1572.

*Obiettivi generali:*

Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione (poliomielite, difterite, epatite B, morbillo, rosolia congenita) o del significativo contenimento (tetano, pertosse, m.i. da *haemophilus* di tipoB)

Verificare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali aziendali e implementare l'anagrafe regionale;

Monitorare le coperture vaccinali nei confronti delle vaccinazioni incluse nei LEA e, per le vaccinazioni MPR e HPV, definire strategie e soluzioni per il raggiungimento degli obiettivi;

Implementare la sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione degli agenti causali delle malattie prevenibili con le vaccinazioni (es.: meningococco, pneumococco);

Migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio;

Progettare e attuare programmi di informazione e comunicazione per il sostegno ai programmi vaccinali.

*Risultati attesi*

Raggiungimento/mantenimento delle coperture vaccinali previste dal Piano delle Vaccinazioni della Regione Campania, dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita e per i soggetti appartenenti a gruppi vulnerabili;

Miglioramento del sistema di sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione tale da garantire la raccolta delle informazioni necessarie a monitorare e valutare i risultati dei programmi di vaccinazione ed il loro impatto sulla salute, incluso l'accertamento eziologico (es. malattie batteriche invasive);

*Azioni principali:*

Definizione di protocolli condivisi con i MMG e PLS per il recupero dei soggetti inadempienti e lavaccinazione dei soggetti a rischio, anche attraverso la realizzazione a livello di ogni AASSLL di un database dei soggetti a rischio per patologie, a partire da elenchi forniti dai MMG e PLS aggiornati periodicamente;

Potenziamento della sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazioni con particolare riguardo alla sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione degli agenti causali delle malattie batteriche invasive;

Elaborazione di un documento regionale sui requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi dei centri vaccinali, compreso lo standard minimo di personale in rapporto all'utenza;

Potenziamento del sistema informativo regionale delle vaccinazioni;

Attuazione delle strategie previste dal PNEMoRC e miglioramento strategie di offerta attiva della vaccinazione anti HPV;

Formazione degli operatori;

Progettazione ed attuazione di programmi di informazione e comunicazione per il sostegno ai programmi vaccinali.

*Attori:*

- Osservatorio Epidemiologico Regionale, con il supporto degli operatori ASL coinvolti nella programmazione regionale.
- Servizi Epidemiologia delle AASSLL
- Operatori dei centri vaccinali
- Laboratori di microbiologia per la sorveglianza delle malattie infettive
- Pediatri di Libera Scelta
- Medici di Medicina Generale

*Portatori di interesse:*

Società scientifiche

Associazioni dei genitori

*Possibili criticità:*

Mancata realizzazione a livello delle AASSLL del database dei soggetti a rischio;

Carenza di risorse;

Difficile raggiungimento degli adolescenti/adulti, anche per scarsa consapevolezza dei rischi delle malattie prevenibili con vaccinazioni;

*Cronoprogramma:*

Nel corso del progetto si procederà con l'aggiornamento del PRV, negli anni successivi al mantenimento/raggiungimento dei valori di copertura vaccinale previsti dal PRV e al miglioramento degli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi dei centri vaccinali.

Beneficiari

Popolazione regionale appartenente alle fasce di età target delle diverse vaccinazioni previste dal PRV

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

Riduzione/eliminazione delle malattie prevenibili con vaccinazione;

Miglioramento del sistema di sorveglianza delle malattie infettive, compreso l'accertamento eziologico delle malattie batteriche invasive.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Valutazione annuale delle notifiche delle malattie infettive	Sistema informativo delle malattie infettive					
Proporzione di soggetti vaccinati a 12 e 24 mesi per la terza dose dei vaccini previsti dal calendario vaccinale (Polio, DT, Pertosse, Hib, HBV)	Anagrafe vaccinale informatizzata	(Al 31/12/2009) 94,6%	95%		Almeno il 95%	
Proporzione di bambini vaccinati con MPR nel secondo anno di vita per la prima dose, e nei bambini e ragazzi più grandi sia per la prima che per la seconda dose	Anagrafe vaccinale informatizzata	Al 31/12/2009 86,9% per la prima dose	95% per la prima e 90% per la seconda dose		Almeno il 95% per la prima e 90% per la seconda dose	
Proporzione di dodicenni vaccinate con tre dosi di HPV entro il quattordicesimo anno di età	Anagrafe vaccinale informatizzata	Al 31/12/2009 27,4%	60%		80%	

## 2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria

### **Progetto 8: Riduzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (Quadro d'Insieme n° 2.5.1)**

#### Identificativo della Linea di Intervento Generale:

2.5 Prevenzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria

#### Breve descrizione dell'intervento programmato

#### *Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:*

Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto.

#### *Razionale*

L'iniziativa Regionale di prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (ICA) si è proposta, negli ultimi anni, di fornire alle diverse componenti interessate del SSR le indicazioni ed il supporto operativo per intraprendere una politica di miglioramento, basata sull'introduzione di strumenti omogenei di prevenzione e controllo e sulla sistematica autovalutazione dei processi.

Attraverso l'emanazione di Linee di indirizzo regionali per le Aziende sanitarie ed Ospedaliere della Campania, tra il 2007 ed il 2010 è stato definito il Programma regionale di prevenzione e controllo delle ICA, nel quale sono indicati gli obiettivi e le modalità di attuazione degli interventi ritenuti prioritari, e specificate le azioni che possano rendere omogeneamente operative le attività coordinate di prevenzione e controllo.

In questa fase, l'obiettivo regionale è in primo luogo quello di consentire alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di pianificare le proprie attività in maniera coerente con il Programma Regionale, al fine di realizzare gli obiettivi minimi vincolanti per tutte le Strutture operanti sul territorio Regionale, a garanzia di livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Nel merito delle priorità operative, individuate sulla base delle principali criticità emerse dall'analisi di contesto, il Programma per la prevenzione ed il controllo delle ICA deve proporsi il *consolidamento e l'ampliamento* dell'utilizzo, da parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania, di alcuni strumenti fondamentali:

- l'adozione di un set standard di "Procedure e Protocolli", che dovranno essere applicati secondo criteri di evidenza dell'efficacia e, pertanto, affiancati da un sistema di monitoraggio basato sugli indicatori ottenuti dalla sorveglianza attiva;
- l'implementazione di alcuni Protocolli di sorveglianza standardizzati che, nell'ambito di un sistema di monitoraggio regionale, diventino sistematicamente oggetto di flussi informativi verso le strutture Regionali competenti. Tale sistema di monitoraggio assume particolare rilevanza in quelle attività sanitarie per le quali, a causa di fattori di rischio intrinseci, le attività di prevenzione richiedono maggior supporto attraverso interventi Regionali mirati: questi daranno sostegno alla partecipazione delle Strutture ospedaliere ad alcuni Programmi Nazionali di sorveglianza con i quali sia possibile introdurre nel nostro SSR utili elementi di confronto e si realizzi in maniera standardizzata il monitoraggio del rischio infettivo in tali Aree assistenziali:

- la sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva
- la sorveglianza delle Infezioni del sito chirurgico
- la sorveglianza delle antibioticoresistenze

#### *Linee di intervento specifiche*

2.5.1 Adozione di Procedure e Protocolli standard di prevenzione delle ICA, in relazione al rischio valutato nelle singole Aree assistenziali

#### *Razionale e scopi generali dell'intervento*

L'analisi del contesto, rivolta ad accertare la presenza di politiche attive di contenimento del rischio di infezioni correlate all'assistenza nelle organizzazioni sanitarie campane, ha evidenziato che l'adozione di Procedure assistenziali finalizzate alla prevenzione ed al controllo di ICA risulta ancora non omogeneamente diffusa nelle Strutture Ospedaliere della Campania.

Pertanto, l'intervento si propone di conseguire un progressivo miglioramento dei risultati ottenuti sino ad ora nel contenimento di tali complicanze infettive, in particolar modo per le pratiche assistenziali invasive e/o nelle Aree a maggior rischio, promuovendo la diffusione di Procedure standard di prevenzione delle ICA, e la loro applicazione secondo criteri di evidenza dell'efficacia.

L'intervento si avvale anche del quadro normativo introdotto dai recenti Atti di indirizzo regionali, i quali definiscono, tra l'altro, i requisiti dei Programmi di prevenzione e controllo delle ICA (D.G.R.C. n.1715 del 28/09/2007), i requisiti delle Attività formative per la Prevenzione ed il controllo delle ICA (D.G.R.C. n.2311 del 29/12/2007), nonché l'aggiornamento delle Linee di indirizzo sulla Antibiotico Profilassi per operatoria (D.G.R.C. 123 del 15/02/2010).

#### *Risultati attesi:*

- Promuovere l'adozione di "Procedure di prevenzione e controllo delle ICA" nei campi di applicazione ritenuti prioritari (D.G.R.C. n.1715/07), la cui implementazione sarà attuata in base a valutazioni di appropriatezza rispetto al rischio misurato; esse dovranno, inoltre, essere applicate in relazione agli elementi di contesto presenti nelle singole Strutture Sanitarie, quali "case mix", "service mix", struttura organizzativa;
- programmare la loro più ampia diffusione tra gli addetti alle attività assistenziali;
- promuovere l'utilizzo di metodologie basate su criteri di evidenza dell'efficacia, attraverso l'implementazione di "Sistemi di sorveglianza" che siano anche funzionali al monitoraggio dell'efficacia dei protocolli adottati.

#### *Fasi:*

- Fase 1: misurazione ed analisi del rischio di ICA nelle singole Aree assistenziali.
- Fase 2: pianificazione e/o revisione, nelle singole Aree di intervento, di specifiche misure di prevenzione e controllo, da effettuarsi sulla base delle priorità individuate attraverso l'analisi del rischio.
- Fase 3: formazione del Personale ed implementazione delle Procedure adottate.
- Fase 4: monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione.

#### *Attività generali:*

- Attivazione, per ciascuna Area assistenziale, di sistemi di sorveglianza idonei alla valutazione del rischio di ICA.

- Adozione, da parte delle Direzioni Presidiali ed Aziendali, di un set standard di Procedure (D.G.R.C. 1715/07) riferite a specifiche Aree tematiche, rispondenti ai requisiti previsti dalle Raccomandazioni nazionali e dagli Atti di indirizzo regionali.
- Individuazione dei ruoli e dei livelli di responsabilità coinvolti in ciascuna Struttura Ospedaliera nella corretta applicazione delle Raccomandazioni.
- Attivazione di percorsi formativi interni necessari a raggiungere tutto il Personale coinvolto nel processo di prevenzione (D.G.R.C. 1715/07 e D.G.R.C. 2311/07).
- Misurazione del grado di adesione e dell'efficacia delle Procedure adottate.

*Attori ed azioni specifiche nel percorso di implementazione dell'intervento:*

- Direzione Sanitaria Aziendale e Presidiale - Comitati per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CIO):
  - adozione delle Procedure ed emanazione dei relativi provvedimenti;
  - definizione dei ruoli e delle responsabilità nel processo di implementazione delle norme di prevenzione;
  - verifica periodica degli indicatori di processo;
  - monitoraggio degli esiti attraverso la periodica valutazione dei tassi di infezione ottenuti dalle sorveglianze.
- Unità operative:
  - partecipazione alla redazione ed alla revisione delle Procedure;
  - indicazione degli elementi di contesto utili ad individuare le possibili criticità;
  - diffusione interna delle Procedure;
  - partecipazione alle attività formative del Personale interno;
  - implementazione delle sorveglianze attive per le valutazioni di esito.
- Servizi laboratoristici di microbiologia: sorveglianza di Laboratorio e segnalazione di eventi sentinella.
- Servizi Aziendali di formazione ed aggiornamento professionale: pianificazione delle attività formative in conformità con la D.G.R.C. 2311/07.

*Portatori di interesse:*

Gestione del contenzioso (Uffici Aziendali Affari generali - Affari Legali): verifica dell'impatto sull'andamento delle denunce specifiche e sull'esito del contenzioso, ottenuto dalle misure di prevenzione adottate a livello locale.

*2.5.2 Attivazione di un Sistema Regionale di sorveglianza delle I.C.A. nelle Unità Operative di Terapia Intensiva*

*Razionale e scopi generali dell'intervento:*

Le Unità di terapia intensiva (UTI) rappresentano l'area assistenziale ospedaliera nella quale si sta manifestando con maggiore evidenza l'incremento della diffusione e della gravità delle complicanze legate ad infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA). Tutte le esperienze di valutazione del rischio condotte in UTI dimostrano che i pazienti ricoverati nelle Unità di terapia intensiva, sia per la maggiore esposizione a procedure invasive, che per fattori di rischio intrinseci legati alle condizioni cliniche, hanno un rischio di contrarre ICA fino a 10 volte superiore rispetto ai pazienti ricoverati in altri reparti. D'altro canto, numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato che l'attivazione di adeguati sistemi di sorveglianza, unitamente a interventi mirati a migliorare le misure di controllo adottate, possono determinare la riduzione della frequenza di infezioni nelle Unità di terapia intensiva.

Pertanto, un intervento di prevenzione che si proponga di ottenere ricadute significative sul controllo e la prevenzione delle infezioni acquisite nel corso dell'assistenza sanitaria, non può prescindere dall'attivazione di efficaci sistemi di sorveglianza nelle UTI. Negli ultimi anni sono stati avviati in Italia diversi sistemi multicentrici di sorveglianza in Unità di terapia intensiva, tra i quali il Progetto Margherita - petalo infezioni - del GiViTI (Gruppo italiano per la Valutazione degli interventi in Terapia Intensiva - coordinato dall'Istituto Mario Negri), al quale hanno già aderito in via sperimentale alcune Unità di terapia intensiva della Campania.

Nello stesso tempo, la Campania ha aderito a diverse iniziative collegate al Progetto INF-OSS "Prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria", finanziato dal CCM (Centro per la Prevenzione e Controllo delle Malattie del Ministero della Salute italiano).

In considerazione dell'alto livello di attenzione riservato al problema ICU dai Programmi sviluppati, in ambito europeo, dal sistema di sorveglianza HELICS-ECDC (European Centre for Diseases Prevention and Control), anche all'interno del Progetto INF-OSS viene dato particolare rilievo alla sorveglianza delle ICA in Terapia intensiva, che viene realizzata attraverso le diverse esperienze già sviluppate in ambito nazionale.

Tra queste, il network realizzato dal Progetto Margherita è stato valutato come particolarmente adatto alla realizzazione degli obiettivi del Sistema di Sorveglianza Nazionale.

#### *Risultati attesi:*

- L'intervento si propone di consolidare ed ampliare la partecipazione delle Unità di terapia intensiva della Campania ad attività coordinate di sorveglianza delle infezioni acquisite nel corso dell'assistenza, strutturando un "Sistema regionale di sorveglianza delle infezioni acquisite nel corso di assistenza in Terapia Intensiva".
- L'intervento, inoltre, al fine di standardizzarne le metodologie di rilevazione e di analisi, intende promuovere la partecipazione delle ICU campane ai network previsti dal Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva (SITIN) realizzato nell'ambito del Progetto INF-OSS, avvalendosi prioritariamente dalle metodologie sviluppate dal Progetto Margherita, e dalle sue future evoluzioni.

#### *Fasi ed attività:*

- Fase 1: strutturazione della rete

Sono candidate a partecipare al "Sistema regionale di sorveglianza delle infezioni acquisite nel corso di assistenza in Terapia Intensiva" tutte le Unità di terapia intensiva della Campania che rispondano alle caratteristiche operative e funzionali definite dai criteri proposti dalla Società Europea di Terapia Intensiva, e che corrispondono, secondo la codifica ISTAT, al codice di specialità 49.

Per partecipare all'archivio regionale sono possibili 3 opzioni:

1. Afferire al petalo infezioni del Progetto Margherita ed alle sue future evoluzioni. Tale opzione è da ritenersi preferenziale, in quanto ciascun partecipante può avvalersi di un bagaglio di esperienze pluriennali già consolidate dal network in Campania, attraverso alcune Strutture pilota.
2. Afferire ad un altro dei possibili network previsti dal Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva (SITIN). Le modalità di adesione e di trasmissione dei dati saranno quelle proprie del singolo network.
3. Partecipare alla sorveglianza regionale con dati rilevati mediante un proprio software, che in fase di esportazione dovrà soddisfare i requisiti del tracciato record previsto dal Sistema regionale.

Le UTI partecipanti, al momento dell'adesione, forniranno il proprio consenso scritto alla pubblicazione dei dati. Nei periodi di sorveglianza, i pazienti potranno essere informati del coinvolgimento nella sorveglianza, mentre non è necessario il loro consenso scritto, né altra autorizzazione da parte di Comitato etico e/o del Garante della privacy, trattandosi di un sistema mirato alla sorveglianza delle malattie nella popolazione ed al miglioramento della qualità dell'assistenza prestata, coordinato da Enti Pubblici autorizzati al trattamento di dati sensibili a fini istituzionali.

- Fase 2: formazione del Personale ed implementazione del protocollo di sorveglianza

La fase di implementazione del processo di sorveglianza presso ciascuna Unità di Terapia Intensiva partecipante al sistema prevede le seguenti attività, che si articolano a loro volta in diverse fasi:

- Prima dell'inizio della sorveglianza
  - Formazione del Personale sulle misure di prevenzione e sulle metodologie adottate nel Protocollo di sorveglianza.
  - Revisione della documentazione clinica per la selezione e l'identificazione dei pazienti da sorvegliare. Dovranno essere arruolati tutti i pazienti ricoverati in terapia intensiva per almeno due giorni consecutivi durante il periodo di sorveglianza, senza alcuna altra selezione. Dal momento che la sorveglianza riguarda gli episodi di ricovero e non i pazienti, un singolo paziente, se sottoposto a ricoveri ripetuti durante il periodo di sorveglianza, può essere presente in più schede di sorveglianza.
- Durante la sorveglianza
  - Monitoraggio dei pazienti per segni/sintomi di infezione e documentazione su supporto predisposto. Le infezioni da includere nella sorveglianza sono almeno quelle più frequenti: polmoniti, batteriemie ed infezioni catetere-correlate, infezioni delle vie urinarie. E' raccomandata una sorveglianza continuativa. Tuttavia è previsto un periodo minimo di sorveglianza per anno solare, pari a 3 mesi consecutivi.
  -
- Fase 3: controllo di qualità ed esportazione dei dati

Entro il termine del periodo di sorveglianza, le Unità operative partecipanti dovranno curare, in collaborazione con i network di adesione, le seguenti attività:

- Controllo di qualità dei dati (completezza dei pazienti inclusi nella sorveglianza, completezza e congruità dei dati registrati, rilevazione di eventuali dati inconsistenti o non plausibili).
- Input dei dati su supporto predisposto (nel caso del Progetto Margherita e delle sue evoluzioni, il Programma per la rilevazione dei dati è un software sviluppato e distribuito gratuitamente alle ICU aderenti al gruppo GiViTI).
- Invio dei dati relativi ai singoli pazienti che hanno concluso il periodo di sorveglianza. L'esportazione dei dati avverrà con modalità e tempi conformi alle specifiche fornite da ciascun network di adesione.

- Fase 4: analisi dei dati

L'analisi dei dati sarà dedicata alla costruzione dei seguenti indicatori:

- tassi di infezione stratificati per i principali fattori di rischio e di utilizzo di devices;
- trend temporale e distribuzione dei tassi infezione;
- prevalenza dei microrganismi responsabili di infezione e prevalenza di antibiotico resistenza.



*Fase 5: ritorno informativo e pubblicazione dei dati epidemiologici*

Verrà diffuso in campo nazionale ed europeo - sia edito a stampa che on-line - un rapporto annuale sulle infezioni correlate all'assistenza in UTI per le Unità operative partecipanti a network afferenti al Sistema Nazionale di sorveglianza (SITIN), nel quale saranno menzionate le Strutture partecipanti. A livello regionale il rapporto riceverà ampia diffusione tra le categorie professionali e le Strutture interessate.

*Attori ed azioni nel percorso di implementazione dell'intervento:*

- Unità di terapia intensiva - Network di sorveglianza:
  - alimentazione del database;
  - controllo di qualità dei dati;
  - esportazione dei dati;
  - diffusione e valutazione interna del feedback formativo;
  - partecipazione alle attività formative del Personale interno.
- Settore Assistenza Ospedaliera:
  - coordinamento regionale e collegamento con le attività del “Coordinamento nazionale Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva” SITIN - (CCM);
  - pubblicazione e diffusione periodica dei dati sulle Infezioni in UTI.
- Direzioni Sanitarie - Comitati per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CIO):
  - definizione dei ruoli e delle responsabilità nel processo di implementazione;
  - adozione ed emanazione dei relativi provvedimenti;
  - verifica periodica degli indicatori di processo;
  - collegamento con il Settore Assistenza Ospedaliera.
- Servizi Aziendali di formazione ed aggiornamento professionale: pianificazione delle attività formative in conformità con la D.G.R.C. 2311/07.
- Laboratori di Microbiologia ospedalieri: sorveglianza di Laboratorio delle infezioni in UTI

*Portatori di interesse:*

- Gestione del contenzioso (Uffici Aziendali Affari generali - Affari Legali): verifica dell'impatto ottenuto sull'andamento delle denunce specifiche e sull'esito del contenzioso, dalle misure di prevenzione adottate a livello locale.

*2.5.3 Consolidamento ed ampliamento del Sistema di sorveglianza regionale delle infezioni del sito chirurgico (ISC)*

*Razionale e scopi generali dell'intervento:*

Le infezioni del sito chirurgico (ISC) costituiscono una delle più frequenti complicanze infettive correlate alle pratiche assistenziali; ad esse si associano sia un significativo incremento dei costi - dovuto al prolungamento delle degenze ed alle cure aggiuntive - che un incremento della mortalità. Molte evidenze scientifiche hanno dimostrato che, al pari di quanto accade per altre complicanze infettive associate a pratiche assistenziali invasive, anche nel caso delle ISC la sorveglianza continuativa ed un costante ritorno informativo agli operatori interessati contribuiscono a ridurre i tassi di incidenza.

Nella fase di implementazione del Programma regionale di prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza, emanato con le D.G.R.C. n.1715/07, n.2311/07 e n.123/10, i percorsi di autovalutazione avviati in tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania hanno dimostrato che esiste, nella maggior parte dei casi, un diffuso interesse ad implementare attività di prevenzione e controllo delle ISC, caratterizzato dalla tendenza ad applicare in maniera relativamente omogenea metodologie standard di sorveglianza.

Infatti, come più volte richiamato precedentemente, la Campania ha aderito a diverse iniziative del Progetto INF-OSS (finanziato dal CCM), le quali a loro volta rientrano nei Programmi di sorveglianza avviati a livello europeo nell'ambito del sistema di sorveglianza HELICS-ECDC (European Centre for Diseases Prevention and Control). Come evidenziato nell'analisi di contesto, già nel corso del 2008 e del 2009 la maggior parte delle Aziende Sanitarie campane ha sperimentato in diversi Presidi, con un più che soddisfacente livello di partecipazione rispetto al contesto nazionale, il Protocollo Nazionale di Sorveglianza delle infezioni del Sito Chirurgico, strutturato nell'ambito del Progetto Nazionale INFOSS e confluito nel Programma Europeo HELICS, valutandone la praticabilità e la sostenibilità in maniera prevalentemente favorevole.

Pertanto, il consolidamento e l'ampliamento della partecipazione ad efficaci Sistemi di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico rappresenta in Campania uno degli interventi prioritari nel campo della prevenzione delle ICA, che può anche avvalersi dell'opportunità rappresentata dal positivo andamento di molteplici esperienze pluriennali da parte di Strutture Ospedaliere campane.

*Risultati attesi:*

- L'intervento intende realizzare il consolidamento e l'ampliamento della partecipazione delle Strutture Ospedaliere della Campania ad attività regionali coordinate di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, promuovendo l'implementazione di un Sistema regionale di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico;
- Al fine di standardizzarne le metodologie di rilevazione e di analisi, l'intervento intende promuovere la partecipazione delle Unità operative chirurgiche campane al "Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico", realizzato nell'ambito del Progetto INF-OSS, che può consentire a ciascuna Struttura ospedaliera di condividere un strumento omogeneo di monitoraggio dei tassi di ISC e disporre di un'opportunità di confronto con tutti gli Ospedali del SSR;

*Fasi ed attività:*

- Fase 1: reclutamento delle Strutture Ospedaliere partecipanti

Sono candidate a partecipare al *Sistema regionale di sorveglianza delle infezioni del Sito Chirurgico* tutte le Unità operative chirurgiche della Campania nelle quali venga praticata almeno una delle procedure chirurgiche incluse tra le categorie di intervento previste dal Protocollo adottato dal Sistema Nazionale di Sorveglianza Infezioni Sito Chirurgico, già trasmesso nel corso del biennio 2008-09 ai Referenti per le ICA di tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania.

Per partecipare all'archivio regionale, le Aziende formalizzeranno la richiesta di adesione dei propri Ospedali all'Assessorato alla Sanità – Settore Assistenza Ospedaliera, che ne curerà l'inserimento nell'archivio nazionale, e forniranno contestualmente il proprio consenso alla pubblicazione dei dati. I partecipanti riceveranno gli strumenti informatici (software aggiornato) e l'assistenza per avviare l'alimentazione del database nazionale con i propri dati della sorveglianza ISC.

Nei periodi di sorveglianza, i pazienti potranno essere informati del coinvolgimento nella sorveglianza, ma non è necessario che forniscano il proprio consenso scritto, né è richiesta altra autorizzazione da parte di Comitato etico e/o del Garante della privacy, trattandosi di un sistema mirato alla sorveglianza delle malattie nella popolazione ed al miglioramento della qualità dell'assistenza prestata, coordinato da Enti Pubblici autorizzati al trattamento di dati sensibili a fini istituzionali.

Le Aziende partecipanti al sistema dovranno garantire che:

- vengano inclusi nella sorveglianza tutti gli interventi ed i pazienti eleggibili nel periodo scelto per la sorveglianza;

- la sorveglianza sia assicurata in corso di ricovero e prosegua nel periodo post-dimissione, con una delle diverse modalità indicate dal Protocollo (controlli ambulatoriali post dimissione, telefonata a casa, ecc.).
- Fase 2: formazione del Personale ed implementazione del protocollo di sorveglianza

Il processo di implementazione della sorveglianza presso ciascuna Unità operativa partecipante prevede le seguenti attività, da svolgere in conformità con le indicazioni fornite dal Protocollo nazionale:

- Formazione del Personale sulle misure di prevenzione e sulle metodologie adottate nel Protocollo di sorveglianza.
- Reclutamento della Popolazione in studio, scelta degli interventi sorvegliati e dei periodi di sorveglianza: possono essere inclusi sia interventi effettuati in regime di ricovero ordinario che in regime di daysurgery. Nel Protocollo nazionale, gli interventi che rientrano nella sorveglianza vengono raggruppati in categorie di procedure chirurgiche clinicamente simili (categorie NNIS), che consentono il confronto in gruppi di pazienti sottoposti a procedure chirurgiche assimilabili. La rilevazione dei dati in ciascun reparto deve durare almeno tre mesi in un anno: è preferibile (ma non necessario) che la rilevazione trimestrale coincida con i trimestri di calendario.
- Durata sorveglianza per ciascuna procedura: deve essere considerata correlata all'intervento qualsiasi infezione che insorga entro 30 giorni dall'intervento, o entro 1 anno se viene utilizzato materiale protesico. Se insorge una infezione del sito chirurgico la sorveglianza della procedura termina, anche se tale evento è precedente ai 30 giorni (o all'anno) di follow-up.
- Sorveglianza post dimissione. Il follow-up post-dimissione può avvenire con più modalità:
  - visite ambulatoriali di controllo post-intervento;
  - scheda con busta pre-affrancata consegnata al paziente dimesso, da inviare auto compilata al termine del follow-up;
  - intervista telefonica dopo 30 giorni dall'intervento chirurgico;

### *Fase 3: rilevazione, registrazione, controllo di qualità ed esportazione dei dati*

- Le Unità operative partecipanti dovranno assicurare la registrazione delle informazioni di interesse per la sorveglianza avvalendosi del software ad esse fornito dal Coordinamento regionale, con il quale valorizzare le variabili ed i codici previsti dal Protocollo nazionale, tra cui i seguenti campi, relativi ai fattori di rischio per infezione:
  - Classe di intervento: Classe I/pulito Classe II/pulito-contaminato Classe III/ contaminato ClasseIV/ sporco-infetto
  - Tipo di intervento: Elettivo (pianificato con anticipo di almeno 24 ore), Urgente (pianificato nelle ultime 24 ore);
  - Durata dell'intervento: dal momento dell'incisione al momento della sutura;
  - Punteggio ASA (American Society of Anesthesiology), che classifica i pazienti in 5 gradi: da ASA 1 ad ASA 5 ;
  - L'Indice di Rischio (Infection Risk Index – IRI) calcolato in base a: durata, classe di contaminazione, punteggio ASA e tecnica dell'intervento.
- Il controllo di qualità dei dati prevede che ciascuna Unità operativa partecipante collabori nella verifica della completezza dei pazienti inclusi nella sorveglianza e dei dati rilevati, nel controllo della congruità dei dati registrati ed nella rilevazione di eventuali dati inconsistenti o non plausibili.
- L'esportazione dei dati avverrà con modalità e tempi conformi alle specifiche fornite dal Protocollo nazionale.

*Fase 4: analisi dei dati*

L'analisi dei dati sarà dedicata alla costruzione dei seguenti indicatori:

- tassi di ISC stratificati per categoria di intervento ed Infection Risk Index (IRI);
- ISC Ratio ( numero di ISC in ogni categoria di intervento per 100 interventi);
- ISC Rate (numero di ISC in ogni categoria di intervento chirurgico per 1000 giorni-paziente di osservazione post-intervento);
- Indicatori di esito e di processo relativi alla profilassi antibiotica peri-operatoria.

*Fase 5: ritorno informativo e pubblicazione dei dati epidemiologici*

Le Unità operative e le Direzioni sanitarie delle Aziende partecipanti al Sistema Nazionale di sorveglianza riceveranno come ritorno informativo un rapporto annuale sulle infezioni del sito chirurgico, sia edito a stampa che consultabile on-line, che riceverà anche ampia diffusione regionale.

*Attori ed azioni nel percorso di implementazione dell'intervento:*

- Unità operative chirurgiche:
  - alimentazione del database;
  - controllo di qualità dei dati; esportazione dei dati;
  - diffusione interna e valutazione del feedback formativo;
  - partecipazione alle attività formative del Personale interno;
- Settore Assistenza Ospedaliera:
  - coordinamento regionale e collegamento con le attività del “Coordinamento nazionale Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico” SNICH - (CCM);
  - pubblicazione e diffusione periodica dei dati sulle ISC
- Direzioni Sanitarie - Comitati per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CIO):
  - definizione dei ruoli e delle responsabilità nel processo di implementazione;
  - adozione ed emanazione dei relativi provvedimenti;
  - verifica periodica degli indicatori di processo;
  - collegamento con il Settore Assistenza Ospedaliera.
- Servizi Aziendali di formazione ed aggiornamento professionale: pianificazione delle attività formative in conformità con la D.G.R.C. 2311/07.
- Servizi Farmaceutici Ospedalieri ed aziendali: elaborazione degli indicatori di esito e di processo della profilassi antibiotica
- Laboratori di Microbiologia ospedalieri: sorveglianza di Laboratorio sulle ISC.

*Portatori di interesse:*

- Gestione del contenzioso (Uffici Aziendali Affari generali - Affari Legali): verifica dell'impatto ottenuto dalle misure di prevenzione adottate a livello locale sull'andamento delle denunce specifiche e sull'esito del contenzioso.

#### 2.5.4 Attivazione di un Sistema Regionale di Sorveglianza sulle Antibiotico resistenze

##### *Razionale e scopi generali dell'intervento:*

La crescente capacità, manifestata da parte di diverse specie microbiche, di selezionare profili di resistenza sempre più complessi richiede un approccio particolarmente concreto e mirato da parte del SSR in quanto, in assenza di efficaci misure di prevenzione e di adeguate politiche antibiotiche, tale tendenza rischia rendere inefficaci diverse delle categorie dei principali antimicrobici disponibili, riducendo sensibilmente le possibilità terapeutiche in alcune aree assistenziali. Inoltre, mentre in passato il problema dell'antibiotico resistenza era ristretto a selezionati ambiti terapeutici, attualmente è diventato una criticità che coinvolge ampiamente sia la medicina di comunità sia quella ospedaliera.

Esiste un rapporto causale tra uso improprio degli antibiotici e comparsa delle resistenze, in quanto il largo impiego degli antibiotici, non solo in terapia umana, ma anche in campo veterinario e in agricoltura, ha generato una imponente pressione selettiva che ha fortemente favorito la rapida propagazione di popolazioni batteriche antibiotico-resistenti, sia in ambito ospedaliero che nella medicina di comunità, con andamenti spesso legati anche ai contesti epidemiologici locali. Pertanto, è ormai una stringente necessità quella di creare gli strumenti regionali che costituiscano il presupposto conoscitivo per l'attuazione di significative modifiche delle abitudini prescrittive, favorendo lo sviluppo di protocolli prescrittivi mirati, nonché fondati sulla semplicità e sul risparmio delle risorse.

L'intervento si propone di costruire una rete sentinella di laboratori ospedalieri, rappresentativi dell'intera sanità regionale, attraverso la quale alimentare una piattaforma informatica in grado di trasferire automaticamente, dal singolo laboratorio alla banca dati regionale, le informazioni sugli isolamenti batterici, gli antibiogrammi, i materiali biologici e la disciplina di provenienza; da tale piattaforma informativa deve scaturire la possibilità di attivare una sorveglianza dell'ecologia microbica a supporto del governo delle politiche antibiotiche, sia all'interno che all'esterno delle strutture ospedaliere.

Il costante aggiornamento dei *trend* sull'antibiotico resistenza dovrà consentire ai clinici, attraverso adeguati percorsi di comunicazione, di avvalersi di conoscenze costantemente aggiornate sul contesto epidemiologico in cui operano, al fine di migliorarne l'appropriatezza prescrittiva nel campo dell'antibiotico terapia e dell'antibiotico profilassi.

##### *Risultati attesi:*

Strutturare una sistema regionale di sorveglianza delle antibiotico resistenze, attraverso il quale monitorare le principali caratteristiche epidemiologiche del fenomeno dell'antibiotico resistenza in ambito regionale:

- quantificazione dei livelli di antibiotico resistenza per i principali microrganismi patogeni;
- analisi dei loro trend temporali;
- individuazione dei principali serbatoi delle antibiotico resistenze.

Rendere disponibile tale fonte informativa per i principali attori del SSR coinvolti a diverso titolo nel percorso diagnostico-prescrittivo.

##### *Attività e cronoprogramma:*

###### *Fase 1: strutturazione della rete*

Entro il 31 marzo 2011 sarà svolta una indagine conoscitiva regionale basata su alcune caratteristiche organizzative dei laboratori di microbiologia (ad es.: capacità operative, requisiti strutturali e di sicurezza, dotazione strumentale, requisiti di qualità, ecc.); l'indagine sarà conclusa entro ulteriori 60 giorni. Ad essa

sarà associata la valutazione del loro possibile ruolo strategico nel contribuire a definire in maniera appropriata il contesto epidemiologico regionale.

Sulla scorta del quadro d'insieme ottenuto attraverso l'indagine conoscitiva, entro il 30 aprile 2011 sarà effettuata una prima selezione, con la quale saranno inclusi inizialmente nella rete almeno 15 Laboratori regionali, preferibilmente rappresentativi dei 5 ambiti provinciali, prevalentemente ospedalieri, il cui carico di lavoro complessivo sia corrispondente almeno al 30% delle indagini microbiologiche effettuate annualmente nelle Strutture ospedaliere della Campania. Entro il 31 dicembre 2012 la rete dei Laboratori sarà estesa fino all'inclusione di un numero di Laboratori il cui carico di lavoro complessivo sia corrispondente almeno al 50% delle indagini microbiologiche effettuate annualmente in ambito ospedaliero in Campania.

Entro il 31 maggio 2011, sarà definito e reso operativo presso le Strutture selezionate il protocollo per il trasferimento e l'analisi di qualità dei dati: tracciato record, codifiche standard (microrganismi, antibiotici, materiali e discipline di ricovero), possibili filtri di esclusione e di selezione, criteri di "espertizzazione" e di analisi di qualità dei dati (esclusione dei duplicati, completezza dei risultati, concordanza dei dati, verifica delle resistenze naturali, ecc).

#### *Fase 2: esportazione ed analisi dei dati*

L'esportazione dei dati avverrà con modalità e tempi compatibili con l'evoluzione dei sistemi regionali di acquisizione: inizialmente è previsto l'invio dei dati validati via mail, con cadenza mensile, nel formato definito nella fase di selezione.

Il controllo di qualità dei dati sarà eseguito *work in progress*, sulla base dei criteri stabiliti nella Fase 1, da un Gruppo di Lavoro regionale istituito presso il Settore Assistenza Ospedaliera.

La costruzione del database regionale sarà annuale e le possibili aggregazioni dovranno consentire un livello minimo di analisi che preveda almeno la costruzione dei seguenti indicatori:

- prevalenza di antibiotico resistenza (proporzione di pazienti con isolamento di microrganismo resistente o con sensibilità intermedia, sul totale dei soggetti da cui è stato isolato quel microrganismo) per tutti i microrganismi codificati in Fase 1, stratificati per:
  - Molecola;
  - materiale biologico;
  - disciplina di ricovero.

L'analisi sarà completata entro sei mesi dalla conclusione di ciascuna annualità.

#### *Fase 3: comunicazione e pubblicazione dei dati epidemiologici*

Annualmente, entro sei mesi dalla conclusione delle analisi effettuate nella Fase 2, sarà redatto il "Registro Regionale delle antibiotico resistenze", relativo alle rilevazioni dell'anno precedente. Il rapporto sarà articolato nelle seguenti sezioni:

- descrizione delle caratteristiche operative dei centri partecipanti;
- prevalenza delle antibiotico resistenze per i microrganismi più significativi;
- stratificazione delle resistenze per microrganismo e per sede di isolamento;
- startificazione delle resistenze per microrganismo e per disciplina di ricovero.

I Laboratori partecipanti, al momento dell'adesione, forniranno il proprio consenso scritto alla pubblicazione dei dati. Non è necessario il consenso scritto dei pazienti coinvolti nella sorveglianza, né altra autorizzazione da parte di Comitato etico e/o del Garante della privacy, trattandosi di un sistema mirato alla sorveglianza delle malattie nella popolazione ed al miglioramento della qualità dell'assistenza prestata, coordinato da Enti Pubblici autorizzati al trattamento di dati sensibili a fini istituzionali.

Ciascuna Struttura partecipante riceverà un rapporto trimestrale relativo al proprio flusso.

Il “*Registro Regionale delle antibiotico resistenze*” sarà diffuso, attraverso canali istituzionali e scientifici, tra le categorie professionali interessate e sarà inviato alle Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania.

*Fase 4: monitoraggio dei trend*

A partire dal termine del secondo anno di rilevazione, l’analisi dei dati sarà basata anche sul confronto dei dati tra le diverse annualità, sviluppando in tal modo strumenti di monitoraggio del fenomeno dell’antibioticoresistenza basati su:

- analisi dell’andamento dei livelli di resistenza alle principali classi di antibiotici per microrganismo;
- analisi della diffusione di particolari profili di resistenza;
- analisi dell’evoluzione dei profili di resistenza per microrganismo;
- analisi comparata dei trend delle resistenze e delle caratteristiche prescrittive;

*Attori ed azioni nel percorso di implementazione dell’intervento:*

Settore Assistenza Ospedaliera:

- istituzione e coordinamento della rete dei Laboratori;
- comunicazione e diffusione dei dati del “Registro Regionale delle antibiotico resistenze”.

Osservatorio Epidemiologico Regionale:

- acquisizione ed analisi dei dati;
- sviluppo dei report periodici.

Laboratori di Microbiologia Ospedalieri : alimentazione del database regionale.

Servizi Farmaceutici Ospedalieri ed Aziendali: elaborazione ed analisi dei dati sulle prescrizioni, analisi economico-gestionale.

*Portatori di interesse:*

Prescrittori Ospedalieri, MMG e Pediatri di libera scelta: valutazione e revisione dei protocolli prescrittivi di terapia e profilassi antibiotica in base ai trend delle resistenze

*Possibili criticità:*

- Limitata disponibilità, o scarso coinvolgimento, nelle Unità operative partecipanti, delle figure professionali individuate quali attori del processo: di conseguenza, progressiva perdita di adesione al Programma.
- Inappropriatezza dei sistemi locali di sorveglianza attiva individuati per la valutazione del rischio associato a ciascuna pratica assistenziale.
- Residue barriere culturali: tendenza (cautelativa) alla sottostima degli eventi infettivi correlati alle pratiche assistenziali.
- Difficoltà nell’alimentare regolarmente i database con i dati di sorveglianza regionali, in assenza di un sistema di accesso WEB da parte delle Strutture partecipanti.

*Beneficiari:*

100 % popolazione ospedalizzata in Campania

Obiettivo di processo perseguito:

Riduzione delle ICA dovute a pratiche assistenziali condotte in modo scorretto attraverso la adozione di Procedure standard nei campi di applicazione ritenuti prioritari (D.R.G.C. 1715/07)

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Adozione e revisione Procedure (ex D.G.R.C 1715/07)	Verifica annuale CIO Comunicazione all'Assessorato alla Sanità – Settore Assistenza Ospedaliera	OK	OK		OK	

Obiettivo di processo perseguito:

Controllo della diffusione delle ICA; coinvolgimento/sensibilizzazione degli operatori sanitari attraverso l'implementazione di metodi standard di sorveglianza (D.R.G.C. 1715/07 e 123/10)

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Regolarità del flusso dati dei sistemi di sorveglianza Standardizzati: infezioni sito chirurgico Infezioni in terapia intensiva Sorveglianza antibiotico resistenze	Centri di Coordinamento nazionali delle sorveglianze ISC (SNICH) ed ICU (SITIN) ----- Coordinamento regionale: Settore Assistenza Ospedaliera Regione Campania	Sistema di sorveglianza ISC: OK ----- Sorveglianza in ICU e Sorveglianza antibiotico resistenze: In fase di implementazione	OK		OK	

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

**Progetto 9: Se...sso non sarà mai per caso: un programma di promozione alla sessualità responsabile nella scuola superiore (Quadro d'Insieme n° 2.6.1)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

2.6



### Breve descrizione dell'intervento programmato

#### *Razionale*

La rilevazione HBSC 2010 ci fornisce informazioni in merito ad alcuni aspetti delle abitudini sessuali dei nostri quindicenni, punto di riferimento per conoscere l'andamento di comportamenti potenzialmente a rischio al fine di pianificare efficaci interventi. In particolare l'alta percentuale di rapporti sessuali già nei quindicenni e la diffusa tendenza di rapporti non protetti a questa età nonostante la serrata opera di informazione.

Fenomeni di sessualità molto precoce, scarse conoscenze dei più basilari presidi di contraccezione per una procreazione consapevole e per la prevenzione delle ITS oltre a problematiche prodotte dall'incapacità di stabilire una sana vita di relazione e affettiva, vengono registrati quando, troppo tardi, giungono ai servizi sociali e sanitari perché hanno preso forma di patologia o disagio sociale. L'adolescente in particolare, di fronte ad uno stato di bisogno, spesso non conosce o ha difficoltà ad esprimere in modo proprio una domanda di sostegno o di prestazioni sanitarie.

E' pertanto un ambito in cui si avverte fortemente l'esigenza di moltiplicare gli interventi di promozione della salute che favoriscano l'acquisizione di una maggiore consapevolezza della propria vita sessuale ed affettiva e di una maggiore capacità di gestire le proprie relazioni interpersonali, quale che sia la propria fascia sociale di appartenenza. I bisogni informativo-educativi sono quelli legati alla costruzione di individualità solide nell'autostima e serene nei rapporti con i pari e con le figure di riferimento, consapevoli del proprio corpo e delle sue funzioni, informate sui Servizi che il territorio mette a disposizione.

La scuola secondaria di secondo grado rappresenta un luogo privilegiato ove poter diffondere tra gli studenti le conoscenze relative alle IST, agli stili di vita salutari per promuovere lo sviluppo di abilità personali necessarie ad operare scelte consapevoli e responsabili nell'ambito della sfera sentimentale e sessuale che scoraggino l'adozione di comportamenti a rischio per le IST.

E' indispensabile che si realizzino in regione interventi di dimostrata efficacia basati su strategie e processi che riescano a garantire esiti favorevoli: un diretto riferimento ad altre esperienze (*Evidence Based Prevention*), un adeguato coinvolgimento dei Gruppi di Interesse, una reale e concreta integrazione tra i diversi attori, adeguati sistemi di monitoraggio e valutazione, un'attenta ed efficace strategia di comunicazione.

La ricognizione effettuata nell'ambito del programma ministeriale Guadagnare Salute, dopo una rigorosa valutazione di specifici indicatori di efficacia e di riproducibilità, ha individuato delle metodologie di intervento di comprovata efficacia nell'ambito delle malattie sessualmente trasmesse. Le "buone pratiche" selezionate, pur nella molteplicità di esperienze locali, adottano come metodologia privilegiata d'azione il processo di "peer education" che si è dimostrato particolarmente efficace nella prevenzione delle ITS.

La Peer education, è un approccio innovativo che aiuta i ragazzi ad investire le loro risorse in un processo di crescita e si basa sull'attivazione di processi formativi nel piccolo gruppo e sul coinvolgimento diretto di elementi del gruppo target nell'attivazione di interventi educativi coadiuvati e sostenuti da un docente tutor. La peculiarità della peer education è di essere "un'esperienza di giovani tra i giovani": il fatto importante è che non c'è una relazione di potere come quella che c'è tra docente e studente, tra animatore e giovane. (Harvey,1996eKranzer,1999). "La P.E. significa che persone con un interesse comune vengono formate a sviluppare conoscenze e specializzazioni appropriate e a condividere queste conoscenze, in modo da informare e preparare altri e diffondere competenze e abilità simili all'interno dello stesso gruppo di interesse" (Svenson,1998).

Pertanto salvo individuare ulteriori metodologie d'intervento di provata efficacia, considerati i riconoscimenti ricevuti da autorevoli agenzie nazionali e vista la concomitante opportunità sia formativa che di verifica fornita dal progetto pilota, si individua come miglior modello attuale degli interventi da realizzare in Campania, l'esperienza del progetto "Peer education" Guadagnare Salute in Adolescenza.

È auspicabile che il progetto regionale GSA possa integrare, nel corso della prevista attività formativa, i contributi contenutistici e strategici di analoghe attività già in essere in regione in modo tale da presentare a tutte le scuole dell'intera regione un'unica esperienza di lavoro.

La Regione Campania con Delibera di Giunta n. 754 del 12/11/2010 ha preso atto che per effetto dell'Accordo di collaborazione, sottoscritto in data 11 dicembre 2006, tra il Ministero della Salute – Dipartimento di Prevenzione e Comunicazione – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, e la Regione Piemonte – Direzione Sanità, per la realizzazione del Progetto "Guadagnare Salute in Adolescenza" (GSA), partecipa per l'area tematica "Sessualità" al progetto "Peer Education". Tale accordo consente di accedere ad un finanziamento finalizzato alla costituzione, a titolo di esperienza pilota, di un gruppo di peer educator sul territorio di due DSB di una sola ASL della Regione. È tuttavia intendimento del competente Settore dell'Assessorato Sanità della Regione Campania, di estendere la prevista formazione agli operatori di tutte le AASSLL interessate ad adottare tale metodologia di lavoro al fine di estendere le conoscenze necessarie all'attivazione di gruppi di Peer education.

La proposta di un progetto unitario in tutte le asl ed in tutte le scuole secondarie di secondo grado della regione avrà certamente i vantaggi di: - ridurre la confusione causata dalla presenza di diverse proposte, - migliorare la sincronia delle azioni, - migliorare sensibilmente la *compliance* sia degli operatori della salute che della scuola, - favorire un ubiquitario progetto di monitoraggio e di valutazione, - giovare di un unico ampio auspicabile progetto di comunicazione su base regionale, - permettere un più efficiente investimento delle risorse

#### *Obiettivi generali*

Prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST).

Prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio per le IST.

#### *Risultati attesi (in 2 anni)*

- Il 15% di tutte le classi di secondo anno di tutta la scuola secondaria di secondo grado della Campania ha ricevuto una formazione specifica sul progetto (con almeno uno dei docenti della classe)
- Il 70% delle classi di seconda della scuola secondaria di secondo grado della Campania coinvolte nella formazione ha partecipato al progetto in modo soddisfacente
- Il 75% delle scuole che ha partecipato al reclutamento ha formato un gruppo di peer educator.
- Il 70% delle famiglie degli alunni delle classi raggiunte da un intervento di peer education è stato coinvolto dal progetto
- E' stata realizzata, in ciascuna Asl campana, almeno una iniziativa pubblica/anno di comunicazione, con la partecipazione delle scuole e degli operatori sanitari e con il coinvolgimento dei media locali e regionali, sulla realizzazione del progetto e sui suoi obiettivi utilizzando le "produzioni" della peer education (slogan, opuscoli, video, ecc.).
- È stata costituita in ciascuna ASL una rete interistituzionale formalizzata (protocolli d'intesa, lettere d'intenti, ecc.) e rappresentata all'interno del Gruppo di coordinamento del progetto di peer education.

#### *Azioni principali:*

##### *Azioni a livello regionale*

- Individuazione puntuale delle responsabilità del progetto

- Coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale (USR) e stesura di un protocollo di intesa con il quale si condividano obiettivi e strategie, avvalendosi del "Coordinamento Scuola e Salute" istituito in ciascuna regione italiana.
- Elaborazione di un pacchetto formativo finalizzato a diffondere l'ottica della Promozione della salute, i principi ed il linguaggio, destinato all'aggiornamento degli insegnanti di tutte le scuole della regione.
- Invito all'USR per favorire l'inclusione del presente progetto nei POF dei singoli istituti scolastici.
- Messa a punto di un adeguato sito web attraverso il quale:
  - effettuare attività di educazione sessuale interattiva on line (es: [www.stradanove.net](http://www.stradanove.net) )
  - consentire ai diversi gruppi di peer educator costituiti in regione di condividere esperienze e materiali (blog).
- Pubblicazione da parte del "Centro Regionale di documentazione per l'educazione alla salute" di una newsletter mensile da inviare via mail ai singoli operatori Asl, ai Dirigenti ed ai docenti, al fine di: informare gli operatori circa lo stato di avanzamento delle operazioni nelle varie province regionali; condividere idee, iniziative, proposte; comunicare con continuità "pillole" di evidenza scientifica relativamente a pratiche efficaci e/o inutili.
- Messa a punto di un Registro Regionale delle attività, alimentato da ciascuno di quelli aziendali, in cui riportare gli indicatori di monitoraggio e valutazione del progetto regionale.
- Formazione del personale delle ASL che sarà impegnato nell'attività di aggiornamento degli insegnanti e nella formazione a cascata dei docenti delle scuole coinvolte nell'attuazione del progetto
- Definizione: a) dei requisiti dei referenti; b) dei criteri di individuazione da parte delle direzioni aziendali delle AASSLL

#### *Azioni a livello delle Asl*

- Recepimento del progetto ed individuazione dei referenti da parte delle direzioni aziendali.
- Offerta attiva a tutte le scuole secondario di secondo grado, previo accordo con l'USR e Provinciale (USP), mediante adeguato coinvolgimento dei Dirigenti scolastici.
- Coinvolgimento e formazione dei docenti che realizzeranno la comunicazione con gli alunni.
- Realizzazione del progetto educativo ad opera dei peer educators con la collaborazione dei docenti tutor, affiancati dagli operatori sanitari per il coordinamento delle attività di formazione, la metodologia, il coinvolgimento dei mass-media, l'organizzazione di eventi pubblici, il monitoraggio e la valutazione.
- Eventuale coinvolgimento delle famiglie degli alunni.
- Registrazione delle singole fasi ed azioni, così come degli indicatori utili al monitoraggio ed alla valutazione del progetto, in un Registro Aziendale delle Attività comune a tutte le asl.

#### *Attori:*

- Assessorato alla Sanità, OER
- USR e UUSSPP
- Istituti scolastici con relativi Dirigenti e docenti
- Alunni e famiglie
- Esperti sessuologi, infettivologi e dermatologi
- Dipartimenti di Prevenzione e operatori della salute delle Asl
- Operatori della comunicazione

#### *Possibili criticità:*

- Adesione delle scuole: ciascun istituto scolastico, in accordo a criteri condivisi con l'USR, organizza in modo autonomo il proprio Piano dell'Offerta Formativa (POF). Il mancato inserimento delle attività del presente progetto nei singoli POF potrebbe rappresentare un ostacolo alla sua piena realizzazione.

E', dunque, necessario coinvolgere in maniera adeguata e con largo anticipo i dirigenti scolastici ed i docenti, per permettere una piena condivisione del progetto ed un adeguato inserimento delle sue attività tra le attività curricolari

- Inadeguata ed insufficiente condivisione, da parte degli operatori della salute aziendali, del Progetto Guadagnare Salute in Adolescenza. Per favorire una piena attuazione del progetto, dunque, è necessario che ciascun operatore coinvolto sia adeguatamente formato affinché possa conoscere e condividere pienamente lo spirito, i contenuti e le metodologie del progetto.

*Cronoprogramma regionale di implementazione del progetto (36 mesi)*

Mese di attiv. →	1	2	3	4	5	6	8	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36		
Costituzione gruppo di coordinamento regionale																						
Formazione Operatori ASL																						
Recepimento dei progetti delle singole ASL																						
Valutazione ex ante e approvazione progetti ASL																						
Realizzazione progetti ASL (vedi cronoprogramma B)							⇒															
Valutazioni in itinere																						
Valutazione finale																						

*Cronoprogramma delle attività progettuali in ogni scuola (24 mesi)*

Mese di attiv. →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	18	20	21	22	24		
Costituzione gruppo di coordinamento o équipe di lavoro interistituzionale																						
Contatto con le scuole, presentazione del progetto																						
Individuazione dei peer (fase di "reclutamento")																						
Formazione insegnanti																						
Formazione dei peer																						
Intervento tra pari (ricaduta)																						
Valutazione ex ante																						
Valutazione in itinere																						
Valutazione finale																						

Beneficiari

- Docenti delle scuole secondarie di secondo grado
- Studenti delle scuole secondarie di secondo grado e le rispettive famiglie
- Popolazione generale

Obiettivi di salute:

- contribuire a diminuire le IST

- contribuire a diminuire la frequenza dei comportamenti a rischio per le IST
- contribuire a sviluppare abilità personali ad operare scelte consapevoli e responsabili nella sfera sentimentale e sessuale

#### Obiettivi educativi

Sono volti a potenziare e stimolare le capacità/competenze dei giovani ad effettuare scelte consapevoli di atteggiamenti e comportamenti pre-positivi per la salute attraverso idonei interventi educativo-informativi:

- sulla conoscenze relative alle IST sulla loro natura e diffusione;
- sui presidi e le precauzioni per prevenire le IST e i protocolli terapeutici in caso di infezione;
- sui comportamenti da tenere per prevenire le IST relativamente all'igiene e alle precauzioni durante i rapporti sessuali;
- sui servizi sanitari e informativi a cui rivolgersi per consulenza/orientamento in tema di IST e sulle relative modalità di accesso;

#### Obiettivi di servizio

- adottare il modello operativo basato sul gruppo di lavoro multi-professionale e trasversale alle unità operative, nonché sull'interazione inter-istituzionale (cabine di regia);
- migliorare la formazione degli operatori deputati all'attuazione del presente progetto;
- adottare percorsi formativi dei peer educator (e fornire loro adeguato supporto professionale da parte di psicologi, sessuologi, infettivologi) capaci di garantire idonei interventi sia in termini di efficacia/sicurezza/utilità, che di attenzione agli aspetti psico-emotivi della sfera sessuale oltre che ai bisogni di natura informativa/educativa, socio-culturale ed affettivo/relazionale degli studenti coinvolti nell'azione dei peer.

#### Criteri ed indicatori di valutazione

La rassegna sulle esperienze italiane consente di individuare gli oggetti della valutazione della peer education che possono essere classificati in quattro diverse tipologie:

##### •la valutazione dei processi formativi

- il processo formativo che ha come destinatari gli adolescenti
- il percorso formativo proposto agli insegnanti
- il ruolo di tutorship dei docenti

##### •la valutazione dei cambiamenti nel gruppo dei pari

- lo sviluppo del gruppo dei peer
- il livello di coinvolgimento e di acquisizione di identità di ruolo come peer educator da parte degli adolescenti
- il cambiamento di atteggiamenti e di comportamenti degli adolescenti

##### •la valutazione dei cambiamenti intra-istituzionali

- il grado di coinvolgimento dell'istituzione scolastica
- il grado di integrazione tra i servizi socio-sanitari e scuola

##### •la valutazione dei prodotti

- La conduzione di gruppi di pari
- L'organizzazione di eventi e di attività informative
- Le produzioni mass-mediali (video, depliant, manifesti etc.)

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Scuole in cui si è creato almeno un gruppo di peer educators formati sul totale delle scuole partecipanti	Registro Regionale delle attività		50%		75%	
Classi di secondo anno delle scuole secondarie di II grado raggiunte da un intervento di peer education sul totale delle classi coinvolte	Registro Regionale delle attività		50%		75%	
Docenti partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		50%		75%	
Operatori Asl partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		50%		75%	
Alunni che hanno migliorato i loro atteggiamenti rispetto agli stili di vita associati alle ITS	Questionario		25%		40%	
Alunni che hanno migliorato i loro comportamenti rispetto agli stili di vita associati alle ITS	Questionario		15%		25%	

Sistema di Monitoraggio e di Valutazione: schema sintetico				
Oggetto del monitoraggio e della valutazione	Indicatori	Fonte dati	Strumento di raccolta	Tempistica (in un arco temporale di 24 mesi dall'inizio reale delle attività)
<b>AZIONI REGIONALI</b>				
Individuazione di precise responsabilità del progetto:	Individuazione di singoli responsabili Chiara definizione delle azioni da realizzare	Assessorato sanità		1 mese
Coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale (USR) e stesura di un protocollo di intesa con l'Assessorato Regionale alla Sanità	Realizzazione di un Protocollo di Intesa	Assessorato Sanità e USR		Già realizzato
Invito rivolto all'USR per favorire l'inclusione del presente progetto nei POF dei singoli istituti scolastici	Comunicazioni Assessorato Sanità - USR	Assessorato Sanità e USR		1 mese
Erogazione tempestiva delle necessarie risorse per la realizzazione del progetto	Determine di pagamento alle Asl Assessorato Sanità	Assessorato Sanità e Direzioni Amministrative Asl		
Elaborazione di un percorso formativo di promozione della salute e produzione di sussidi didattici (cd, giochi didattici, materiale comunicativo) da consegnare alle ASL	Materiale prodotto			3 mesi
Produzione di prototipi di	Materiale prodotto			3 mesi

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

materiale comunicativo per i genitori degli studenti				
Gestione di un adeguato sito web attraverso il quale poter "amministrare" e seguire le attività	Aggiornamento messa a regime del sito web	Assessorato Sanità e leadership del progetto		2 mesi
Pubblicazione ed invio da parte del Centro di Coordinamento del Sistema di Documentazione Regionale sull'Educazione alla Salute di una newsletter agli operatori della salute e della scuola	Pubblicazione ed invio della newsletter	Assessorato sanità (Centro di Coordinamento del Sistema di Documentazione Regionale sull'Educazione alla Salute )		Dal 1° al 36° mese (9 news /anno)
Messa a punto di un Registro Regionale Centralizzato delle attività, alimentato da ciascuno di quelli aziendali, in cui riportare gli indicatori di monitoraggio e valutazione del progetto regionale	Presenza di un Registro presso l'Assessorato Sanità	Registri aziendali delle attività		
<b>AZIONI AASSLL</b>				
Recepimento del progetto ed individuazione dei referenti da parte delle direzioni aziendali	Delibera aziendale	Direzione Aziendale		1 mese
Offerta attiva e adeguata del progetto a tutte le scuole secondarie di secondo grado	% di scuole che sono state invitate a partecipare al progetto	Registro aziendale delle attività curato dai singoli referenti del progetto in ciascuna Asl	Registro aziendale delle attività e Registro centralizzato regionale	4-20 mesi
Adeguato coinvolgimento delle scuole	% scuole secondarie di II grado e % classi che hanno chiesto di partecipare al progetto	Registro aziendale delle attività(e studio qualitativo)	Registro aziendale delle attività e R. regionale	5-22 mesi
Coinvolgimento e formazione dei docenti	% di insegnanti che hanno partecipato al corso	Registro aziendale delle attività (e studio qualitativo)	Registro aziendale delle attività e R. regionale	3 mesi
Coinvolgimento e formazione di almeno un gruppo di peer educators per ciascuna scuola	% di scuole in cui è stato formato almeno un gruppo di P-E	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	5 mesi
Supporto alle scuole con l'offerta di materiali d'uso, servizi e attrezzature impiegati per la realizzazione di prodotti (opuscoli, giochi didattici, video, ecc.)	% scuole che hanno ricevuto materiali	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	10 mesi
Realizzazione del progetto educativo nelle classi ad opera dei peer educators	% classi, su quelle che hanno aderito al progetto, in cui c'è stato l'intervento tra pari	Registro aziendale delle attività (e studio qualitativo)	Registro aziendale delle attività e R. regionale	12-24 mesi
Coinvolgimento delle famiglie degli alunni	% delle famiglie, su tutte quelle degli alunni	Registro aziendale delle attività	Questionario prima e dopo	12-24 mesi

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

	appartenenti alle classi aderenti al progetto, che hanno risposto al coinvolgimento da parte dei docenti.			
Organizzazione di almeno un evento pubblico nell'ambito dell'asl	N° di eventi pubblici di comunicazione realizzati nel territorio dell'asl	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	12°-24° mese
Miglioramento delle conoscenze dei docenti, relativamente agli stili di vita proposti	% docenti, su tutti quelli delle classi partecipanti al progetto, che hanno mostrato un miglioramento di conoscenze	Intervista (e studio qualitativo)	Questionario prima e dopo	11-24 mesi
Miglioramento delle conoscenze, degli atteggiamenti e dei comportamenti degli alunni relativamente agli stili di vita proposti	% alunni, su tutti quelli delle classi partecipanti al progetto, che hanno mostrato un miglioramento di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti	Intervista (e studio qualitativo)	Questionario prima e dopo	12°-24° mese

**Progetto 10: Controllo e riduzione della echinococcosi/iatidiosi nelle popolazioni animali e prevenzione della patologia umana correlata (Quadro d'Insieme n° 2.6.2)**

Linea di intervento generale

2.6 “prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione”

Obiettivo generale di salute

ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali

Obiettivo strategico del progetto.

Obiettivo generale: aumento dello stato di salute del cittadino campano

Obiettivo specifico: diminuzione delle patologie legate alla presenza della tenia echinococcus granulosus nel cane.

L'obiettivo specifico viene raggiunto mettendo in atto una serie di azioni (progetti) nelle quali i diversi beneficiari concorrono alla realizzazione dello stesso.

Obiettivo di salute

L'echinococcosi cistica (EC), è una delle principali parassitosi degli animali da reddito; per perdite produttive comporta riduzioni nella produzione di latte, lana e carne nelle pecore e una sensibile riduzione del tasso di natalità; oltre a queste conseguenze di ordine strettamente zootecnico, l'echinococcosi è una delle zoonosi più importanti per numero di casi e gravità e costi economici in Italia.

L'agente eziologico è una tenia che ha come ospite definitivo i cani e le specie di canidi selvatici presenti sul nostro territorio, il lupo e la volpe. Il parassita adulto infesta l'animale localizzandosi nell'intestino



tenue. L'ospite elimina le proglottidi contenenti uova che rimangono vitali anche per un anno a una temperatura di 7°C. Le proglottidi sono l'agente infettante per l'uomo e gli altri animali (ruminanti domestici e selvatici; suini).

Essendo probabilmente incomplete le notifiche delle patologie da Echinococco derivanti da parte dei medici di base, i dati disponibili risultano essere sottostimati. Anche in campo veterinario nonostante una base informativa più vasta non si dispone di una base dati sufficientemente ampia e articolata. È comunque previsto un sistema di segnalazione obbligatorio dei riscontri di echinococcosi alla macellazione.

L'ultima indagine, del 1998, svolta nell'ambito delle attività del Centro di Monitoraggio delle Parassitosi degli Animali da Reddito (CReMoPAR) in collaborazione con le AA.SS.LL. ((Dipartimento Prevenzione - Servizio Veterinario area A e B) e con il Settore Veterinario Regionale hanno monitorato la macellazione di bovini, ovini, caprini, suini ed equini, presso 26 macelli delle province di Salerno ed Avellino, al fine di individuare animali con cisti idatidee. In totale sono stati esaminati 11.641 animali adulti, presenti sul territorio regionale da almeno due anni. Dopo 6 mesi di attività, sono stati riscontrati valori di prevalenza media inferiori al 5%.

Recentemente nell'ambito del progetto "Idatidosi in Campania – fase II" svolto in collaborazione con le AA.SS.LL. (Dipartimento Prevenzione - Servizio Veterinario area A e B) e con il Servizio Veterinario Regionale e nell'ambito delle attività sul territorio del Centro di Monitoraggio delle Parassitosi degli Animali da Reddito (CReMoPAR) sono state effettuate tre *abattoire surveys*; la prima da cui sono scaturiti i valori di prevalenza di EC in bovini, bufali ed ovini riferiti agli animali; la seconda, da cui sono scaturiti i valori di prevalenza di EC in bovini e bufali riferiti alle aziende dell'intero territorio regionale.

La prima *abattoire survey* ha fatto rilevare nei bovini e nei bufali, valori di prevalenza di animali positivi pari rispettivamente al 10,4% e 10,5% (dati pubblicati).

La seconda *abattoire survey* ha interessato 5.762 aziende bovine, di cui 1296 (22,5%) sono risultate con animali positivi ad EC e 1245 aziende bufaline, di cui 314 (25,2%) sono risultate con animali positivi ad EC.

La terza *abattoire survey* ha riguardato i soli ovini macellati presso un mattatoio in provincia di Caserta e successivamente altri due macelli, uno in provincia di Benevento e uno in provincia di Napoli. La prevalenza di ovini positivi è risultata del 31,2%.

Dal punto di vista genotipico in ambito regionale sono stati riscontrati solo il ceppo ovino e bufalino mentre risulta assente quello bovino. In questa specie non sono presenti cisti fertili. Si tratta quindi di una infezione che non ha conseguenze per l'essere il cane. Le cisti in ovini (17%) e bufalini (13%) sono invece risultate fertili.

Date le caratteristiche dell'allevamento ovino è quindi ragionevole pensare che il maggior serbatoio di infezione siano in Campania essenzialmente gli ovini.

Una delle fonti primarie di infezione per i cani che vivono in zone rurali sono visceri degli ovini che vengono a essi riservati da parte degli allevatori provocando una eventuale infestazione. E', inoltre, illecita ma frequente consuetudine l'abbandono delle carcasse degli ovini; tali carcasse non vengono distrutte ma abbandonate divenendo preda di cani sia domestici sia randagi oppure di canidi selvatici. Per i bufalini tali problematiche non emergono a causa del maggior valore della carcassa e della identificazione di ogni soggetto caricato in anagrafe (BDN) e dalla quale l'animale morto o destinato alla macellazione deve essere scaricato; è quindi improbabile che i cani possano alimentarsi di carcasse bufaline potenzialmente infestate.

Nell'uomo sono stati eseguite tre indagini ancora dal CReMoPAR, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, sull'echinococcosi cistica nell'uomo in Campania, delle quali la prima è stata effettuata nel 1998. La fonte informativa utilizzata è stata l'archivio composto da 729.000 schede di dimissione ospedaliera in regime ordinario. I pazienti ospedalizzati nel 1995 sono risultati 122.

Le altre due indagini sono state effettuate mediante *questionnaire surveys*, di queste la prima è stata svolta in collaborazione con la una primaria casa farmaceutica presso un significativo numero di medici di famiglia, variamente distribuiti sul territorio della regione Campania. Durante questa prima *questionnaire survey* sono stati intervistati 233 medici, dei quali circa il 30% hanno dichiarato che avevano pazienti con EC e di questi 12 nella città di Napoli.

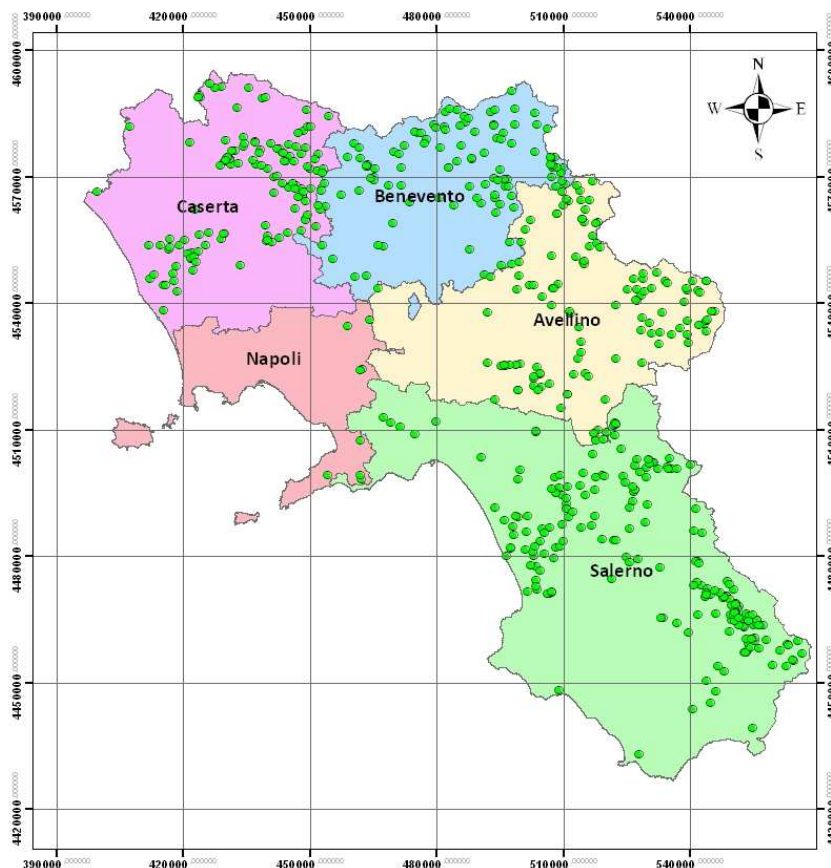
In una fase successiva è stata condotta una seconda *questionnaire survey* coordinata dal Dipartimento Prevenzione dell'ASL di Benevento che ha coinvolto i medici di famiglia dell'intera provincia di Benevento. Dai risultati sono emersi 63 casi di EC (tasso = 21,9/ 100.000 abitanti). I valori più elevati sono stati riscontrati nell'ex distretto sanitario di Morcone (tasso = 62,9/100.000 abitanti).

I risultati delle *questionnaire surveys* hanno evidenziato una presenza tutt'altro che trascurabile della EC nell'uomo in Campania e soprattutto che la EC non è relegata esclusivamente alle zone rurali, ma è diffusa anche nei grandi centri urbani (in particolare Napoli e Benevento).

I fattori determinanti nella messa a punto del progetto quindi hanno come fondamento le criticità di seguito riportate:

- un modello epidemiologico di sorveglianza della EC incompleto e informazioni per gran parte delle regioni italiane non aggiornate, contraddittorie e spesso limitate agli ospiti intermedi. Poche informazioni sono disponibili circa la presenza di *E. granulosus* nei cani (Abruzzo 4%, Sardegna 6-10% e Sicilia 19%);
- scarsa conoscenze e consapevolezza della pericolosità della malattia nell'uomo soprattutto tra la popolazione a rischio (allevatori, addetti alla cura e custodia degli animali, anche stranieri, e bambini);
- la già citata pratica della macellazione familiare per autoconsumo, che spesso, purtroppo, avviene senza la prescritta ispezione post mortem da parte del servizio veterinario e con la cattiva consuetudine di distribuire organi crudi (fegato e polmoni) infestati, ai cani presenti in azienda sostenendo così il ciclo del parassita;
- costi di distruzione delle carcasse degli animali morti;

### 2009 - Positività Echinococco al macello



**Legenda**

- Province** ● 2009 - Positività Echinococco al macello
- Prov**
- Avellino
  - Benevento
  - Caserta
  - Napoli
  - Salerno



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

- a migliorare ed adeguare, attraverso una ri-programmazione ed informatizzazione, il sistema di sorveglianza (SS) in essere, alla luce delle nuove disposizioni comunitarie e nazionali sul controllo delle zoonosi;
- all'educazione sanitaria ed informazione rivolta ai proprietari dei capi sulla gravità della zoonosi, delle modalità di trasmissione e delle azioni preventive di contrasto;
- all'informazione e sensibilizzazione, da parte dei veterinari liberi professionisti, al controllo della parassitosi attraverso interventi costanti di profilassi dei cani da parte dei loro proprietari;
- informazione e sensibilizzazione dei medici di base in materia di echinococcosi soprattutto nelle zone dove sono presenti focolai;
- alla possibilità di intervenire rapidamente sui focolai umani con indagini di screening per una diagnosi precoce ed una adeguata e pronta terapia.

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

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

Progetto – “Informazione sui rischi conseguenti dall’errata profilassi delle zoonosi nei cani e realizzazione di interventi atti a ridurre le possibilità di infezione”

#### *Quadro logico*

Per la realizzazione del progetto si è deciso di porre in essere tre sottoprogetti che individuano le principali linee di azione che possono portare a una reale diminuzione del rischio e a una importante implementazione delle informazioni relative alla presenza di idatidosi in Campania.

I tre sottoprogetti fanno riferimento quindi a linee di azione che hanno ognuna degli obiettivi specifici:

1. Realizzazione di un opuscolo divulgativo che tratti in maniera comprensibile per i proprietari di cani in ambito urbano delle problematiche connesse alla mancata profilassi delle malattie parassitarie e diffusione dello stesso presso i proprietari di cani iscritti all’anagrafe canina; un programma di informazione per gli allievi delle scuole primarie (IV e V elementare) con le istituzioni scolastiche supportato da un opuscolo divulgativo appositamente redatto.
2. Creazione di una banca dati sull’idatidosi in Campania e formazione dei medici di base in materia di parassitosi.
3. Attività di controllo dell’infezione da echinococcus granulosum in zone rurali mediante interventi di tipo profilattico presso le aziende zootecniche.

#### *Beneficiari e attori*

La riduzione del rischio da idatidosi cistica nelle aree urbane e rurali della Campania prevede deve prevedere la partecipazione dei diversi attori istituzionali che possono influenzare positivamente la diffusione delle informazioni relative a questa zoonosi.

La popolazione bersaglio di tale zoonosi è costituita da tutti coloro i quali possiedono cani o che per qualche motivo vengono con essi a contatto. Si tratta di un rischio molto vasto ma sottovalutato a causa della carente informazione dei proprietari di cani e della scarsità di feedback proveniente dalla medicina di base sui pazienti affetti da questa patologia. È necessario quindi investire l’intero territorio regionale con particolare riferimento alle aree rurali in cui il contatto tra i cani (ospite finale) e gli ovini (ospite intermedio) è più frequente.

Si identifica quindi una popolazione a rischio e una famiglia a rischio. Alla prima categoria appartiene tutta la popolazione che per qualche motivo ha un contatto frequente o continuo con i cani; alla seconda categoria tutti coloro vivono in un ambiente in cui le possibilità di contrarre il parassita sono molto alte (allevatori di aziende identificate come focolaio e i loro familiari).

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

*Attori del progetto sono:*

- Assessorato alla sanità della Regione Campania
- I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali e le strutture ospedaliere
- L' Aziende Ospedaliere regionali
- Istituto Zooprofilattico Sperimentale per il mezzogiorno
- Il CReMoPAR
- I servizi veterinari e i medici di igiene pubblica del sistema sanitario nazionale
- I veterinari libero professionisti e gli ordini veterinari provinciali
- L'Associazione Allevatori
- Le istituzioni scolastiche

Progetto zoonosi – quadro logico

<b>Finalità progetto</b>	<b>Logica dell'intervento</b>	<b>Indicatori verificabili obiettivamente</b>	<b>Mezzi di verifica</b>	<b>Rischi e assunzioni</b>
Obiettivo generale	Riduzione dell'incidenza di idatidosi cistica nelle popolazioni umane e canine	Incremento delle profilassi praticate da parte dei proprietari di cani		Carenza di risposta nelle zone rurali Carenza di personale
Obiettivo specifico 1	Realizzazione di un opuscolo divulgativo sulle malattie parassitarie	Stampa e diffusione dell'opuscolo	Raggiungimento di tutte le fasce di popolazione a rischio con informazioni dettagliate	Scarso coinvolgimento degli attori passivi (ambulatori veterinari medici di base farmacie veterinarie)
Obiettivo specifico 2	Creazione di una banca dati sull'incidenza dell'idatidosi in Campania e formazione dei medici di base	Numero di medici di base partecipanti all'attività di formazione Numero di questionari inviati al servizio sanitario Realizzazione di un software per l'implementazione dei dati	Valutazione dell'attività di formazione da parte dei medici di base Realizzazione della banca dati sull'incidenza dell'idatidosi cistica nella popolazione campana	Difficoltà nel coinvolgimento dei medici di base
Obiettivo specifico 3	Riduzione delle fonti di inoculo in ambiente rurale	Incremento delle carcasse ovine smaltite secondo la normativa vigente	Valutazione delle richieste di contributo da parte delle AASSLL Numero di profilassi effettuate	Scarsa adesione degli allevatori
Risultati attesi	Incremento delle analisi relative alla presenza di idatidosi nelle popolazioni a rischio urbana e rurale Monitoraggio della presenza del parassita nel territorio regionale in ospiti umani	Valutazione della copertura degli interventi. Verifica dell'adesione degli allevatori	Monitoraggio trimestrale dei risultati a banca dati attiva	Scarsa risposta degli attori passivi e dei beneficiari

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Attività	Progettazione degli strumenti divulgativi Organizzazione della campagna di comunicazione Aggiornamento dei dati disponibili presso l'osservatorio epidemiologico Interventi nelle aziende zootecniche	Mezzi Risorse umane e strumentali Servizi di consulenza e programmazione software	Costi Da coprire con appositi finanziamenti	
----------	--	---	--	--

Progetto- Obiettivo specifico 1- educazione sanitaria ed informazione sulla gravità della zoonosi, delle modalità di trasmissione e delle azioni preventive di contrasto

1. Realizzazione di un opuscolo divulgativo che tratti in maniera comprensibile per i proprietari di cani in ambito urbano delle problematiche connesse alla mancata profilassi delle malattie parassitarie e diffusione dello stesso presso i proprietari di cani iscritti all'anagrafe canina; azioni di educazione sanitaria presso le scuole elementari che aderiranno al progetto

*Descrizione dell'intervento*

L'intervento è di tipo strettamente divulgativo. L'insorgenza di parassitosi negli esseri umani possono essere determinate da alimenti sui quali siano presenti delle uova ma anche dal contatto diretto con l'ospite primario, il cane; in questo caso le possibilità di contrarre il parassita diminuiscono se praticata una adeguata profilassi e con un adeguamento degli stili di vita dei proprietari. Per questo motivo la divulgazione dei rischi derivanti da dette patologie e una adeguata informazione sulle azioni da intraprenderle per prevenirle non può prescindere dalla diffusione capillare da parte dell'autorità sanitaria di un idoneo documento informativo. Per realizzare questo obiettivo sono necessarie azioni che soprattutto diffondano informazioni su quanto già realizzato dall'Amministrazione Regionale mediante il Settore Veterinario dell'Assessorato alla Sanità, CReMoPAR che realizzerà il materiale informativo, i Servizi di Prevenzione delle AA.SS.LL.

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

La partecipazione al progetto della scuola primaria è da ritenersi sostanziale in quanto i bambini sono per loro natura più esposti ai rischi di infezione.

Le fasi di realizzazione dell'intervento, essendo questo di tipo divulgativo, sono facilmente monitorabili: in una prima fase si terrà conto dell'insediamento di un comitato di redazione nominato dal Settore Veterinario: successivamente si predisporranno gli elenchi dei proprietari di cani inseriti nell'anagrafe canina e si provvederà inviare in materiale informativo. Di seguito si riporta un quadro sintetico delle azioni da realizzare. (quadro logico).

<b>Quadro logico</b>	
OBIETTIVOSPECIFICO	Realizzazione di un opuscolo divulgativo che tratti in maniera comprensibile per i proprietari di cani in ambito urbano e rurale delle problematiche connesse alla mancata profilassi delle malattie parassitarie;

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

<b>Azioni</b>	<b>Logica dell'intervento</b>	<b>Indicatori verificabili obiettivamente</b>
AZIONE 1	si individuano le figure partecipanti alla realizzazione dell'opuscolo	nomina dei partecipanti il comitato di redazione insediamento del comitato di stesso
AZIONE 2	realizzazione degli opuscoli	stesura e stampa dell'opuscolo
AZIONE 3	Invio a mezzo posta dell'opuscolo realizzato a tutti i proprietari di cani inseriti nell'anagrafe canina della Regione Campania; diffusione dell'opuscolo divulgativo in tutte le realtà che possono essere interessate all'idatidosi: ambulatori veterinari, farmacie, rivendite di mangimi e commercianti di animali, medici di famiglia (indicatore quantitativo (100% degli ambulatori veterinari e dei medici di famiglia	100% dei proprietari di cani inseriti in anagrafe; 100% degli ambulatori veterinari; 100% dei medici di famiglia; 100% delle sedi di organizzazioni professionali agricole
AZIONE 4	Protocollo di intesa con le istituzioni scolastiche per porre in atto l'azione di informazione dei bambini delle scuole elementari sul corretto comportamento da tenere con gli animali da compagnia	Scuole aderenti al progetto/scuole totali
AZIONE 5	predisposizione degli elenchi di invio per proprietari di cani inseriti in anagrafe, medici di famiglia, ambulatori veterinari, organizzazioni professionali agricole esercizi commerciali di vendita di animali d'affezione, farmacie, esercizi commerciali di vendita di mangimi per animali d'affezione.	realizzazione degli elenchi
AZIONE 6	Realizzazione del programma di incontri nelle scuole elementari	100% delle scuole aderenti al progetto
AZIONE 7	invio mediante posta dell'opuscolo realizzato a tutti i proprietari presenti in elenco	ricevuta postale dell'invio
AZIONE 8	invio dell'opuscolo a tutti i medici di famiglia raccomandando la diffusione dello stesso ai loro pazienti con particolare riferimento a quelli più esposti al rischio	ricevuta postale dell'invio
AZIONE 9	invio dell'opuscolo a tutti gli ambulatori veterinari della regione raccomandando la diffusione dello stesso ai loro clienti con particolare riferimento a quelli più esposti al rischio	ricevuta postale dell'invio
AZIONE 10	invio dell'opuscolo alle associazioni zootecniche e professionali agricole regionali e provinciali raccomandando la diffusione dello stesso ai loro associati con particolare riferimento a quelli più esposti al rischio	ricevuta postale dell'invio
AZIONE 11	invio dell'opuscolo a tutti i negozi di vendita di animali e mangimi per animali di affezione	ricevuta postale dell'invio
AZIONE 12	invio dell'opuscolo a tutti i dipartimenti di prevenzione delle AA.SS.LL con il fine di raggiungere anche quelle fasce di popolazione che dovessero per qualche motivo risultare escluse dalle azioni precedenti ma che potenzialmente possono essere esposte al rischio	ricevuta postale dell'invio

Beneficiari

Popolazione campana proprietaria di cani inseriti in anagrafe; bambini potenzialmente esposti al rischio; allevatori e pastori.

Obiettivi di salute/processo perseguiti

Riduzione del rischio da zoonosi veicolate da cani padronali.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31/12/2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31/12/2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31/12/2012	
			atteso	osservato	atteso	osservato
insediamento del comitato di redazione	decreto di nomina dei componenti	0%	100		100	
Protocollo di intesa con le istituzioni scolastiche	Protocollo di intesa		100			
Realizzazione degli opuscoli divulgativi	gara di appalto per la stampa degli opuscoli	0%	100			
Realizzazione degli opuscoli	Stampa degli opuscoli		100			
Invio dell'opuscolo	ricevute postali	0%	70		30	
Realizzazione degli incontri nelle scuole	Incontri realizzati		50		50	

Progetto - Obiettivo specifico 2

1. Creazione di una banca dati sull'idiatidiosi in Campania e formazione dei medici di base in materia di parassitosi.

*Descrizione dell'intervento*

Come anticipato in premessa l'incidenza dell'idiatidiosi potrebbe essere in Campania ampiamente sottostimata.

È quindi indispensabile sensibilizzare la medicina di base sui rischi derivanti da comportamenti scorretti da parte dei loro assistiti e sollecitare una maggiore attenzione da parte loro verso quelle fasce di popolazione più esposte al rischio. Per realizzare tale obiettivo è indispensabile da una parte una apposita attività di formazione alla quale potranno partecipare i medici di base realizzata dai dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. e alla realizzazione di una banca dati attendibile che permetta uno studio epidemiologico accurato. La banca dati sarà realizzata mettendo a punto un questionario di tipo quantitativo da sottoporre ai medici di base. In tal modo sarà possibile determinare quali fasce di popolazione sono più interessate alla patologia e se questa ha una maggior incidenza in determinati territori.

Gli indicatori di realizzazione sono di tipo qualitativo e quantitativo:

qualitativo: realizzazione della banca dati

quantitativo: n° di medici di base partecipanti al progetto/n° di medici di base (20%).



REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Si riporta di seguito una tabella sintetica delle azioni da intraprendere.

<b>Quadro logico</b>		
<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Formazione dei medici di base in materia di echinococcus granulo sum, diagnosi e prevenzione</b>	
<b>Azioni</b>	<b>Intervento</b>	<b>Indicatori verificabili obiettivamente</b>
AZIONE 1	individuazione del personale che dovrà realizzare la formazione dei medici di base aderenti al progetto	
AZIONE 2	realizzazione del materiale per la formazione da parte di detto personale	realizzazione del materiale
AZIONE 3	realizzazione di incontri territoriali con i medici di base	realizzazione degli incontri territoriali
AZIONE 4	somministrazione del questionario ai medici di base	100% dei medici di base
AZIONE 5	realizzazione di una banca dati regionale sulla presenza di echinococco nella popolazione	predisposizione di una banca dati regionale organizzata per territori sulla presenza di echinococco nella popolazione
AZIONE 6	implementazione dei dati raccolti	realizzazione della banca dati
AZIONE 7	studio epidemiologico sull'echinococosi nella popolazione campana	studio epidemiologico

Beneficiari:

Medici di base. Si prevede una ampia partecipazione nelle zone rurali probabilmente più esposte al rischio di idatidosi.

Obiettivi di salute/processo perseguiti

<b>Indicatori</b>	<b>fonte di verifica</b>	<b>valore dell'indicatore al 31/12/2010</b>	<b>valore dell'indicatore al 31/12/2011</b>		<b>valore dell'indicatore al 31/12/2012</b>	
			<b>atteso</b>	<b>osservato</b>	<b>atteso</b>	<b>osservato</b>
Individuazione dei soggetti partecipanti al progetto	decreto di nomina dei componenti		100		100	
Realizzazione degli incontri di formazione con i medici di base	Stampa del materiale informativo	0	100			
Realizzazione del questionario	questionario	0%	sì		sì	
Realizzazione della banca dati	Realizzazione software		sì		sì	
Compilazione del	Ricezione dei		Il 100% dei medici			

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

questionario da parte dei medici di base	questionari da parte del servizio sanitario regionale		di base hanno ricevuto e compilato il questionario			
Implementazione della banca dati	I dati ricevuti sono caricati		no		sì	
Studio epidemiologico	Pubblicazione dei dati		no		sì	

Progetto - Obiettivo specifico 3

1. Attività di controllo dell'infezione da *echinococcus granulosum* in zone rurali e urbane mediante interventi di tipo profilattico presso le aziende zootecniche e i canili.

L'intervento è volto a diminuire le fonti di infestione presenti negli ambiti rurali dovute alla presenza di cani aziendali che vivono in presenza di animali serbatoio (ovini, caprini, bufalina e bovini). Tale intervento consta di una parte relativa all'adesione del mondo allevatorio al programma e di una parte relativa alla profilassi. A tal fine si potranno in essere in primo luogo delle convenzioni con veterinari liberi professionisti che praticheranno le opportune profilassi.

Inoltre al fine di ridurre le fonti di infestione si prevede di effettuare un trattamento antelmintico a tutti i cani dati in adozione da parte dei canili pubblici e convenzionati. Tale intervento a spese dell'amministrazione regionale sarà effettuato da parte dei veterinari delle AASSLL.

L'ambito regionale di intervento deve fare comunque particolare riferimento alle zone dove è più presente il potenziale serbatoio di infezione rappresentato dalle zone con prevalente presenza di ovini e bufalini. L'individuazione delle aree di intervento è quindi delegata al comitato scientifico che presiede la realizzazione del progetto. Successivamente si metterà a punto un calendario di incontri con gli allevatori in collaborazione con l'assessorato all'agricoltura e le organizzazioni professionali. Tali incontri daranno gestiti dal servizio di prevenzione delle AASSLL competenti per territorio in collaborazione con il CREMOPAR.

Durante tali incontri si daranno informazioni sulle problematiche relative all'echinococcosi e si proporrà la partecipazione al progetto. La mancata partecipazione agli incontri non preclude la possibilità di partecipare al progetto stesso; sarà possibile per gli allevatori partecipare anche presentando domanda ai dipartimenti di prevenzione delle AASSLL.

Una volta che gli allevatori avranno aderito al progetto i veterinari convenzionati praticheranno a spese dell'amministrazione regionale tutti gli interventi del caso ai cani di proprietà degli allevatori regolarmente iscritti all'anagrafe canina. Alle aziende in cui siano presenti animali con cisti (rilevate alla macellazione e georeferenziate dal sistema regionale), per le aziende in cui gli animali sono presenti sugli stessi pascoli per tutto l'anno o solo in parte di esso e per quelle confinanti con sarà cura della servizio sanitario offrire il trattamento e mettere in pratica gli interventi di profilassi necessaria senza che queste debbano aver aderito al progetto; resta inteso che anche in questi casi la partecipazione non è obbligatoria. Le famiglie degli allevatori di animali risultati positivi saranno considerate a rischio e potranno sottoporsi allo screening per la presenza di idatidosi.

Qualora gli allevatori partecipino al progetto riceveranno una integrazione pari a un ulteriore 40% del rimborso delle spese di distruzione presso le strutture deputate dei capi venuti a morte già previsto dalla legge 15/2004 art 34.8. Questo intervento potrà ridurre fortemente le fonti di inoculo evitando l'abbandono di carcasse infette che come già messo in evidenza in premessa sono una potenziale fonte di inoculo.

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Alle famiglie a rischio si effettuerà una analisi a spese del servizio sanitario regionale per la diagnosi precoce per l'idatidosi.

Per l'espletamento della profilassi prevista è necessario procedere a una gara di appalto con le case farmaceutiche per l'acquisto dei farmaci da utilizzare.

Si riporta di seguito una tabella sintetica delle azioni da intraprendere.

<b>Quadro logico</b>		
<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Attività di controllo dell'infezione da echinococcus granulosum in zone rurali mediante interventi di tipo profilattico da parte di veterinari convenzionati con il servizio sanitario;</b>	
<b>Azioni</b>	<b>Intervento</b>	<b>Indicatori verificabili obiettivamente</b>
AZIONE 1	individuazione delle aree di intervento da parte del comitato scientifico del progetto	
AZIONE 2	messa a punto di un calendario di incontri con gli allevatori dei territori individuati con la collaborazione dell'assessorato all'agricoltura gli incontri saranno gestiti dalle AASSLL competenti per territorio dal settore veterinario e dal CReMOPAR	Crono programma degli incontri
AZIONE 3	incontri divulgativi; durante tali incontri si daranno informazioni sulle problematiche relative all'echinococcosi e si proporrà la partecipazione al progetto. La mancata partecipazione agli incontri non preclude la possibilità di partecipare al progetto spesso. sarà possibile per gli allevatori partecipare anche presentando domanda ai dipartimenti di prevenzione delle ASL	realizzazione degli incontri territoriali
AZIONE 4	realizzazione degli interventi di profilassi presso le aziende zootecniche che ne faranno richiesta. L'adesione al programma sarà vincolata all'iscrizione dei cani di proprietà dell'allevatore all'anagrafe canina.	Percentuale delle aziende presenti sul territorio/n° aziende totali
AZIONE 5	Interventi di screening sierologico per le famiglie e i dipendenti degli allevatori proprietari delle aziende ovine e bufaline in cui alla macellazione sono state rilevate cisti. Screeningo per tutti gli allevatori i dipendenti e i familiari che condividono risorse pascolive (fide pascolo) con gli allevatori indicati in precedenza	N° di screening
AZIONE 6	messa a punto di un sistema di rimborso delle spese di distruzione delle carcasse per gli allevatori di ovini e caprini che dimostreranno una buona prassi nella distruzione dei capi venuti a morte.	Determina del dirigente del settore veterinario
AZIONE78	intervento di rimborso delle spese di distruzione dei capi venuti a morte nelle aziende	Determine di rimborso da parte del settore veterinario

**Beneficiari:**

Aziende zootecniche

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

<b>Obiettivi di salute/processo perseguiti</b>						
<b>Indicatori</b>	<b>fonte di verifica</b>	<b>valore dell'indicatore al 31/12/2010</b>	<b>valore dell'indicatore al 31/12/2011</b>		<b>valore dell'indicatore al 31/12/2012</b>	
			<b>atteso</b>	<b>osservato</b>	<b>atteso</b>	<b>osservato</b>
Individuazione dei soggetti partecipanti al progetto	decreto di nomina dei componenti	100%	100%		100%	
Definizione delle aree di intervento	Documento regionale che individua il numero e le aree dove si dovranno tenere gli incontri	100%	100%		100%	
Realizzazione incontri divulgativi	Calendario incontri	0%	sì	100%	100%	
Diagnosi precoci per gli allevatori, familiari e dipendenti	Analisi effettuate				sì	
Incarico ai veterinari liberi professionisti che dovranno mettere in atto le profilassi	Nomina veterinari	0	sì		sì	
Esecuzione delle profilassi nelle aziende zootecniche	Richieste di rimborso da parte dei veterinari liberi professionisti		N° aziende zootecniche partecipanti / n° totale		N° aziende zootecniche partecipanti / n° totale	

**Progetto 11: Malattie infettive trasmissibili sessualmente con particolare riferimento all'infezione da HIV (Quadro d'Insieme n° 2.6.3)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale

2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione<sup>4</sup>

Descrizione dell'intervento

*Razionale*

*La diffusione delle MTS*

Le malattie trasmissibili sessualmente, di seguito MTS, 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'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) le MTS hanno una incidenza annua di 340 milioni di casi nei soggetti appartenenti alla fascia di età 15-49 anni.

Nel mondo, quasi un milione di persone contrae ogni giorno una di queste infezioni.

Dal calcolo va escluso l'AIDS, la cui incidenza e gli effetti sullo stato di salute e su quello socio-economico di interi Paesi, soprattutto nell'area africana, sono considerati ormai da anni una vera e propria emergenza ( l'incidenza annuale di nuovi casi ammonterebbe a 69 milioni nell'Africa sub-sahariana secondo il rapporto dell'OMS del 2009).

Oggi si conoscono circa trenta MTS diverse, provocate da oltre venti diversi microrganismi. Purtroppo molte di queste infezioni tendono a ricomparire nello stesso soggetto (recidive) oppure, specialmente quelle che si manifestano con sintomi non ben definiti, tendono frequentemente a passare inosservate, o ad essere scambiate per altre malattie. Ciò rende molto facile la loro diffusione, nonché l'instaurarsi di complicanze.

Nei paesi occidentali, alla fine degli anni settanta si è assistito un progressivo aumento dell'incidenza delle MTS provocate da virus (HIV, HSV, HPV) ed una diminuzione dell'incidenza delle MTS a prevalente causa batterica (sifilide, gonorrea).

Tuttavia, negli ultimi anni, l'incidenza delle MTS, nel mondo, sia di origine batterica che virale, è in continuo aumento grazie alla maggiore mobilità delle popolazioni del globo, che ha largamente contribuito ad una più rapida diffusione a livello mondiale di agenti infettivi. Il rischio di contagio è maggiore nelle grandi aree urbane, nei gruppi con comportamenti sessuali a rischio e nei giovani. Spesso si associa all'uso di sostanze stupefacenti e alla prostituzione.

Un'altra caratteristica è la maggiore diffusione di queste malattie tra alcune sottopopolazioni caratterizzate da una maggiore suscettibilità biologica come le donne per la struttura anatomica dell'apparato genitale più complessa e più favorevole all'insediamento dei patogeni e gli adolescenti con tessuti genitali ancora immaturi e più recettivi.

In Italia la diffusione delle MTS è valutata da un Sistema di Sorveglianza, attivo presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Un dato allarmante, inoltre, è la recente segnalazione che l'incidenza dell'infezione da HIV è maggiore nei soggetti che sono stati, o sono, affetti da un'altra malattia sessualmente trasmessa.

### *L'epidemia AIDS*

L'epidemia globale di Aids continua a crescere ed è sempre più evidente come diversi Paesi stiano assistendo a un nuovo aumento dei picchi di incidenza delle infezioni da HIV, che prima erano stabili o in diminuzione. In alcuni Paesi, comunque, si sono registrate diminuzioni dei tassi di incidenza, così come trend positivi nei comportamenti sessuali dei giovani.

Si stima che siano 39,5 milioni le persone che convivono con l'HIV. Nel 2006 ci sono state 4,3 milioni di nuovi casi, di cui 2,8 milioni (il 65%) nell'Africa sub-sahariana. Inoltre, si è registrata un'impennata dell'incidenza nell'Europa dell'Est e nell'Asia Centrale, dove i tassi sono cresciuti di più del 50% dal 2004. Nel 2006 i decessi per cause legate all'Aids sono stati 2,9 milioni.

I nuovi dati sembrano indicare che i tassi di incidenza siano stabili o nuovamente in crescita in quei Paesi dove i programmi di prevenzione dell'Aids non sono portati avanti o adattati ai cambiamenti dell'andamento dell'epidemia.

Nell'America settentrionale e nell'Europa occidentale, i programmi di prevenzione dell'Aids spesso non sono stati portati avanti e il numero di nuovi casi è rimasto invariato. Analogamente, nei Paesi a reddito basso e medio-basso, sono pochi quelli che sono riusciti a ridurre l'incidenza. E anche nei Paesi che in passato avevano avuto un successo immediato nella riduzione dei nuovi casi, come l'Uganda, il fenomeno

ha rallentato o addirittura ha ricominciato a crescere. In altre parole, l'epidemia sta andando più velocemente degli interventi di prevenzione e contenimento.

#### *La situazione in Italia*

L'Italia conosce l'AIDS nei primi anni '80; nel 1989 sono 3.500 i casi diagnosticati (160.000 nel mondo); 13.668 nel 1992 (fase del picco di incidenza). Tra il 1982 e il 2005 vengono diagnosticati in totale 56.161 casi (dato corretto per ritardo di segnalazione) e 34757 sono i morti totali, con un tasso di letalità globale del 62% (ridotto fortemente, secondo i dati COA - Centro Operativo AIDS COA dell'Istituto Superiore di Sanità- dal 100% del 1984 al 9% del 2005)

La distribuzione dei casi, per anno di diagnosi, ha permesso di documentare un trend in decremento dal 1994 (5506 casi diagnosticati) al 2005 (1141).

Considerando la distribuzione per fasce di età e sesso, l'età media di diagnosi è salita, nell'ultimo decennio per entrambi i sessi (nel 1985 la mediana era di 29 anni per i maschi e di 24 per le femmine, nel 2005 le mediane sono salite rispettivamente a 41 e 38 anni); il 68,9% del totale dei casi si concentra, comunque, nella fascia d'età 25-39 anni mentre fra i bambini l'AIDS è fortunatamente raro: solo 3 casi nel 2005. La proporzione di donne è aumentata progressivamente negli anni: il rapporto maschi/femmine che era di 3,4 nel 1985 è di 2,2 nel 2004.

I casi di AIDS registrati in Italia nel 2008 sono stati circa 1.400, complessivamente nel nostro Paese i casi totali sono stati circa 60.500.

Le regioni più colpite nel 2008 sono state nell'ordine: la Lombardia, la Liguria, l'Emilia-Romagna e la Toscana, con un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia essendo meno colpite le regioni meridionali ed insulari.

Nel 2008 si stimano circa 3.500-4.000 nuove sieropositività; il numero totale di persone sieropositive o con AIDS conclamato viventi è stimato in un numero compreso tra 110-130.000, di cui poco più del 30% donne. A fronte della diminuzione dell'incidenza della malattia conclamata, si osserva una stabilità dell'incidenza delle nuove infezioni. Pertanto l'allungamento della sopravvivenza delle persone con sieropositività, cioè la riduzione della loro mortalità, determina un progressivo leggero aumento del numero totale di persone affette da HIV.

Nel 2008 in Italia i decessi per AIDS sono stati poco più di 200, complessivamente i decessi sono stati oltre 39.000, l'andamento temporale è simile a quello dei nuovi casi, ma il decremento dalla seconda metà degli anni novanta è stato molto più marcato per merito dell'introduzione della terapia antiretrovirale. Si è così passati dai primi 7 decessi del 1983 ai 4.580 del 1995 con una crescita costante, dopo di che si è avuta una forte diminuzione fino ai valori attuali di poco superiori alle 200 unità.

#### *Quali sono i gruppi a maggior rischio di contrarre una MTS*

Le caratteristiche di coloro che oggi si infettano con l'HIV sono completamente diverse da quelle di coloro che si infettavano dieci o venti anni fa: non si tratta più di tossicodipendenti o persone con comportamenti tradizionalmente definibili a rischio, ma piuttosto di adulti maturi - tendenzialmente donne - che acquisiscono l'infezione attraverso i rapporti sessuali. Questi risultati pongono l'accento sulla necessità di implementare interventi informativi e preventivi anche nei confronti di popolazioni non appartenenti ai classici sottogruppi a rischio per HIV. Inoltre, il serbatoio di infezione è ancora ampio e si stima che i sieropositivi attualmente viventi nel nostro paese siano tra 110.000 e 130.000.

Infatti, gli adolescenti e i giovani adulti, i maschi omosessuali, i tossicodipendenti e chi ha rapporti sessuali numerosi, rappresentano solo alcune delle popolazioni a rischio più elevato di contrarre una

MTS. Queste infezioni, inoltre, colpiscono più facilmente individui che mostrano una maggiore suscettibilità biologica ad esse: soggetti che con malattie croniche e deabilitanti o portatori di lieve o gravi deficienze immunitarie.

#### *Il sistema di sorveglianza*

Il calo dei nuovi casi e dei decessi non è l'unico fenomeno che si è registrato nell'ultimo decennio. Vi sono stati numerosi altri cambiamenti che si sono potuti osservare grazie all'esistenza di sistemi di sorveglianza nazionali, regionali e provinciali dell'infezione da HIV (cioè dello stato di sieropositività) che si affiancano a quelli della malattia conclamata (AIDS). Tramite questi sistemi di monitoraggio epidemiologico, che operano con procedure rispettose della privacy, è stato possibile riconoscere con tempestività i cambiamenti che si sono verificati negli ultimi anni nelle caratteristiche di diffusione dell'HIV e la maggior durata dello stato di infezione pre-AIDS in seguito all'introduzione di nuove terapie farmacologiche. A questo proposito il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, con Decreto in data 31 marzo 2008, ha promosso l'attivazione del Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere l'infezione da HIV all'elenco della Classe III delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria. Sulla scorta di tale Decreto varie Regioni stanno organizzando l'attivazione del Sistema regionale di sorveglianza.

#### *La situazione in Campania*

Zoomando sulla Campania, la distribuzione annuale dei casi di AIDS prevalenti nel 2005 ha fatto contare 1042 casi. Considerando la distribuzione per anno di diagnosi, si è registrata una riduzione di incidenza dal 1994 (199 casi) al 2005 (31 casi). La Campania inoltre è la regione del Meridione dove maggiormente si concentra il fenomeno della presenza straniera, con circa 130.000 individui, 24.000 nella sola città di Napoli, di cui 3.300 censiti nella Città di Giugliano (dati ISTAT 2009).

Le Organizzazioni non governative presenti sul territorio stimano una presenza 10 volte maggiore sul territorio. In Campania è stimata la presenza di circa il 5% della popolazione straniera in Italia ed il 46% di quella del Sud. In particolare il 68% degli stranieri si concentra nella provincia di Napoli, confermando la tendenza nazionale

all'attrazione da parte delle realtà urbane. (dati Regione Campania Piano Sanitario Regionale 2002-2004).

#### *Il fenomeno prostituzione*

La Campania è tra le sette regioni italiane dove è maggiormente rappresentata la prostituzione. Prevalgono le prostitute straniere, albanesi, bielorusse, polacche e soprattutto nigeriane, ovvero provenienti da Paesi ad alta incidenza di sieropositività. (dati Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri).

#### *Obiettivi generali:*

- Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV.
- Raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva.
- Attivare iniziative di formazione e comunicazione nei confronti delle malattie sessualmente trasmesse, con preventiva valutazione delle evidenze di efficacia disponibili.
- Individuare, sulla base dei dati epidemiologici disponibili e della frequenza e gravità delle patologie, l'ordine di priorità, anche mettendo a punto modelli di lettura sintetici.
- Applicazione della sorveglianza della sieropositività per l'HIV.
- Sensibilizzare i giovani-adulti al fine di prevenire comportamenti non corretti e dannosi per il loro stato di salute e promuovere invece abitudini ed azioni a salvaguardia di se stessi e di altri.

- Raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva
- Ridurre le disuguaglianze sanitarie di una popolazione di immigrati rispetto alla popolazione ospitante per quanto riguarda le malattie trasmesse sessualmente, con particolare attenzione verso l'AIDS, attraverso un progetto di integrazione culturale (mediazione linguistica, etc.) che faciliti la conoscenza dell'offerta sanitaria e l'accesso alla stessa.
- Promuovere una conoscenza dello stato di salute attraverso visite e esami diagnostici realizzati con l'ausilio di unità di strada e mediatori culturali.
- Promuovere programmi di screening e vaccinali nonché trattamenti terapeutici di somministrazione sorvegliata.

*Risultati attesi:*

- Aumento del grado di conoscenza, e di consapevolezza sul tema delle malattie infettive sessualmente trasmesse e dell'AIDS e sulle tematiche correlate.
- Aumento del grado di conoscenza di strutture sul territorio in grado di informare su temi specifici.
- Riduzione dell'incidenza delle malattie infettive sessualmente trasmesse e dell'AIDS nella popolazione immigrata sul territorio.

*Azioni principali:*

- Presenza periodica di gazebo sul territorio.
- Camper itinerante con postazioni in punti strategici del territorio.
- Info-point nelle ASL.
- Laboratorio per analisi e strutture sanitarie del territorio in grado di accogliere il target a rischio, e di attivare protocolli.

*Attori:*

- Giovani, popolazione immigrata presente sul territorio e soggetti sessualmente attivi.
- Coinvolgimento di: sociologi, psicologi, medici specialisti: igienisti, infettivologi e dermatologi, laboratoristi, psicoterapeuti ed esperti di tecnologia.

*Portatori di interesse:*

Istituzioni (ASL, Comuni, Province, Regione)

Industria sanitaria- biotecnologico- farmaceutica.

*Possibili criticità:*

- Difficoltà ad ottenere il consenso e ad eseguire il test di positività per HIV per difficoltà psicologiche, linguistiche e/o culturali.
- Difficoltà a seguire nel tempo i pazienti sieropositivi appartenenti agli Human Mobile Population.
- Difficoltà ad ottenere il consenso e ad eseguire il test di positività per HIV ai partner e ai familiari dei pazienti sieropositivi.

*Sistema di valutazione:*

- Verifica della diminuzione delle malattie mediante controlli di follow-up sulla popolazione osservata.
- Maggiore grado di conoscenza delle malattie valutata mediante questionari prima e dopo l'intervento formativo.
- Indagine epidemiologica per valutare le variazioni dell'incidenza.
- Miglioramento dello stato di salute: numero di guarigioni-miglioramento stato salute rispetto al numero pazienti in cura; verifica semestrale del numero dei soggetti fruitori degli interventi posti in essere rispetto al totale soggetti del target individuato.



*Cronoprogramma:*

- Primo anno: focus sulla popolazione sessualmente attiva, in particolare giovani nelle scuole.
- Secondo anno: screening, formazione e informazione degli immigrati e della popolazione a rischio.
- Terzo anno: Avvio della sorveglianza sanitaria.

*Beneficiari:*

Collettività, in particolare giovani, immigrati, e popolazione sessualmente attiva.

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

- Diminuzione dell'incidenza e della prevalenza delle MTS e dell'HIV.
- Miglioramento della precocità dell'intervento.
- Miglioramento dell'efficacia degli interventi terapeutici.

**Progetto 12: Miglioramento e razionalizzazione nella gestione della malattia tubercolare, attraverso una più efficace gestione dei flussi informativi, della gestione dei malati e dei contatti. (Quadro d'Insieme n° 2.6.4)**

*Linea di intervento generale:*

2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione<sup>4</sup>

*Breve descrizione dell'intervento programmato*

*Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:*

Favorire l'adesione al trattamento e migliorare il follow-up degli esiti dei trattamenti e dei contatti, particolarmente nella popolazione immigrata; migliorare la sorveglianza sulle farmacoresistenze

*Razionale e scopi generali dell'intervento:*

L'organizzazione della rete assistenziale della Campania per la prevenzione della Tuberculosis risente tuttora della necessità di instaurare un rapporto funzionale più stretto e costante tra i diversi livelli operativi: in particolare, è necessario promuovere l'adozione di misure che favoriscano l'adesione al trattamento e garantiscano l'efficacia del flusso di informazioni, al fine creare le condizioni per gestire adeguatamente le differenti problematiche della malattia tubercolare ed attuare il controllo della sua diffusione.

Inoltre, nella nostra Regione occorre adeguare le misure di prevenzione ad alcune esigenze particolari legate alla condizione della popolazione immigrata, in cui i fattori specifici legati allo stato di immigrazione si sommano a quelli d'ordine sanitario, sociale ed individuale, per cui essa costituisce un gruppo a rischio più elevato per la progressione dell'infezione latente e lo sviluppo della malattia attiva.

Con la Deliberazione n. 1577 del 15 ottobre 2009, la Giunta della Regione Campania ha approvato le "Linee di indirizzo per le attività di cura, prevenzione e controllo della tubercolosi" con le quali sono stati indicati gli obiettivi per le Strutture che operano nel campo della prevenzione, diagnosi e cura della tubercolosi nel Sistema Sanitario Regionale campano, gli interventi di prevenzione ritenuti prioritari, e sono state specificate le azioni che possano rendere più omogenee le modalità di attuazione delle stesse misure di prevenzione e controllo.

Pertanto, sulla scorta delle criticità emerse, si è ritenuto di dare priorità ad interventi finalizzati al miglioramento di tre aspetti operativi che risultano tuttora non omogeneamente sviluppati in ambito regionale:

- Aumentare l'adesione al trattamento attraverso la definizione locale di percorsi diagnostico – terapeutici orientati in tal senso
- Rendere più omogeneamente diffuse le modalità di monitoraggio degli esiti del trattamento dei casi e della gestione dei contatti, soprattutto per i casi relativi alla popolazione straniera
- Migliorare la sorveglianza su MDR ed XDR, anche attraverso l'integrazione delle diverse fonti di segnalazione e/o notifica.

*Obiettivi specifici:*

*1. Migliorare l'adesione al trattamento.*

Per la realizzazione dell'obiettivo occorre che a livello locale vengano garantiti percorsi diagnostici e terapeutici agevolati, che prevedano anche, nei limiti di legge, la gratuità delle prestazioni cliniche, strumentali, di laboratorio e farmaceutiche per tutti i soggetti che abbiano malattia tubercolare conclamata o latente.

*2. Migliorare il follow-up dei trattamenti farmacologici.*

Per il raggiungimento di tale obiettivo, occorre migliorare la diffusione di strumenti omogenei di collegamento tra le Strutture impegnate nella presa in carico, nel trattamento e nella gestione follow-up: lo strumento idoneo al collegamento tra le eventuali strutture coinvolte nella cura del caso, ma anche necessario al controllo dell'adesione alla somministrazione del farmaco e dell'esito del trattamento, è costituito dalla Scheda sugli esiti del trattamento, adottata dalle Linee di indirizzo regionali con D.G.R.C. 1577/09.

*3. Migliorare la gestione dei contatti.*

Per tale obiettivo, occorre sviluppare a livello locale modelli operativi, applicabili al contesto specifico, per condurre la ricerca dei contatti dei casi contagiosi di TB ed il loro eventuale trattamento farmacologico, definendone i processi, gli indicatori (di processo e di esito) ed i flussi informativi. I programmi devono prevedere le modalità di ricerca attiva dell'infezione tubercolare latente (ITBL) nella popolazione immigrata.

*4. Migliorare la sorveglianza epidemiologica.*

L'obiettivo deve essere raggiunto innanzitutto attraverso un rigoroso controllo del flusso delle notifiche a tutti i livelli.

I dati raccolti dai SEP e dai Laboratori devono essere periodicamente monitorati e valutati al fine di:

- Formulare report regionali sulla diffusione della Tuberculosis
- Valutare l'andamento degli esiti terapeutici e del controllo dei contatti
- Monitorare e tipizzare i casi sostenuti da ceppi MDR ed, eventualmente, XDR
- Coordinare l'integrazione delle attività ospedaliere e territoriali
- Coordinare azioni per il controllo della Tuberculosis nella popolazione immigrata

*Azioni specifiche ed attori nel percorso di implementazione dell'intervento:*

*1) Implementazione del Flusso informativo*

La Sorveglianza sugli Esiti del Trattamento per TB è una misura efficace solo se è garantita la piena efficienza del flusso di notifica della Malattie Infettive – Classe III- previsto dalla normativa nazionale (Decreto Ministeriale del 15/12/90 e successiva modifica relativa alla tubercolosi e alla micobatteriosi stabilita con il Decreto del 29/7/98) e regionale (del. N.3486 del 13 maggio 1997 pubblicata sul B.U.R.C. n.27 del 9 giugno 1997). La segnalazione di caso sospetto e/o accertato, con le eventuali e relative informazioni necessarie alla sorveglianza dei contatti, da parte del SEP di diagnosi al SEP di residenza e/o domicilio abituale deve pervenire entro 7 giorni dalla formulazione del sospetto per consentire la ricerca dei contatti e l'eventuale profilassi.

La Sorveglianza sulla presa in carico dei casi e sui loro esiti prevede l'utilizzo della Scheda sugli esiti del trattamento (le cui modalità di utilizzo e di inserimento nel flusso sono descritte dalle Linee di indirizzo regionale emanate con D.G.R.C. 1577/09)

L'intervento deve consentire la definitiva implementazione del flusso entro il periodo di riferimento (2010-2012).

*2) Analisi dei dati*

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale predispone un rapporto semestrale dell'attività di sorveglianza. L'analisi dei dati verrà effettuata per coorti trimestrali di trattamento (pazienti che hanno iniziato il trattamento nel 1°, 2°, 3°, 4° trimestre per ciascun anno solare) e sarà finalizzata a:

- valutare la numerosità della popolazione arruolata in base al confronto con i casi notificati attraverso il SIMI;
- valutare l'uniformità degli schemi terapeutici prescritti rispetto agli standards OMS;
- valutare l'esito del trattamento;
- effettuare un audit con gli operatori.

La prima analisi sarà effettuata a distanza di un anno dalla conclusione della prima coorte arruolata (occorre infatti tener conto dei 6 mesi di terapia + 3 mesi della coorte + eventuali 2 mesi di interruzione). La valutazione del trattamento sarà effettuata sia rispetto agli arruolati nella coorte (esclusi i casi di tubercolosi polmonare diagnosticati post-mortem o i casi mai arruolati, in quanto non si hanno informazioni sul trattamento) sia rispetto ai casi notificati di tubercolosi, inclusi i nuovi casi, le recidive e le diagnosi post-mortem.

Informazioni dei reports annuali

- n. dei centri partecipanti;
- n. dei casi di cui si è iniziato il follow up;
- n. dei casi TB polmonari notificati;
- % dei casi in follow up/ casi notificati;
- n. dei casi con trattamento standard secondo OMS;
- % dei casi in trattamento standard/ casi in follow up;
- n. dei casi con follow up terminato;
- n. e % dei casi con terapia modificata;
- n. e % dei casi con follow up terminato con esito del trattamento.

I dati relativi ai trattamenti ed al loro esito saranno distinti per i nuovi casi e per quelli già trattati (recidive, fallimenti e cronici).

### *3) Sistema integrativo di segnalazione dalla rete regionale dei laboratori*

Per migliorare il controllo della circolazione dei ceppi di Micobatteri resistenti multiresistenti, a livello europeo è ampiamente diffusa la tendenza ad integrare i sistemi tradizionali di sorveglianza epidemiologica con i dati su MDR ed XDR provenienti dai Servizi diagnostici. Tale tendenza è da ritenersi motivata e sostenibile anche nel Sistema Sanitario Regionale della Campania, in considerazione dei consistenti fenomeni demografici che interessano alcuni territori della regione, i quali rendono necessario l'ampliamento delle rilevazioni, anche ricorrendo a flussi informativi paralleli provenienti dai Laboratori.

Il "Sistema integrativo di segnalazione dalla rete Regionale dei Laboratori per la diagnosi di infezione da Micobatteri", introdotto dalla D.G.R.C. 1577/09, prevede che ciascun Laboratorio della Regione Campania che ponga diagnosi di TB, oltre a segnalare attraverso i canali convenzionali ciascuna caso, sia tenuto anche ad inviare all'OER un report trimestrale sui nuovi casi di tubercolosi (polmonare ed extra-polmonare) riscontrati e sugli esiti dei saggi di sensibilità eseguiti. I dati provenienti dalla Rete regionale dei Laboratori per la diagnosi dei Micobatteri saranno oggetto, presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, del controllo di qualità di dati e della gestione integrata con le altre fonti informative.

### *4) Prevenzione e controllo della tubercolosi nei soggetti immigrati*

La diagnosi ed il trattamento dell'infezione tubercolare assume alcune peculiarità nel caso della popolazione immigrata, regolare ed irregolare, per elementi di carattere linguistico e culturale. In questo senso va tenuto presente il ruolo che le organizzazioni del volontariato (privato) sociale o di rappresentanza delle popolazioni immigrate possono avere nell'affrontare il problema. A tale scopo, con esse occorre concordare una collaborazione finalizzata al controllo della TB nella popolazione immigrata, soprattutto per superare le barriere linguistiche, culturali ed agevolare l'accesso dei pazienti immigrati alle strutture territoriali ed ospedaliere competenti.

I programmi di ricerca attiva dell'infezione tubercolare latente (ITBL) sugli immigrati sono suggeriti solo in caso di offerta di percorso certo, compreso il trattamento preventivo.

I gruppi a rischio verso cui è possibile orientare gli interventi di ricerca attiva sono i:

- frequentatori abituali di mense e dormitori;
- minori in centri di prima accoglienza, presso scuole o identificati tramite anagrafe sanitaria;
- soggetti dei centri di prima accoglienza provenienti da aree endemiche;
- soggetti afferenti ai centri volontari per immigrati;
- immigrati, al momento del rilascio del permesso di soggiorno;
- detenuti (previa verifica delle competenze di ministero e regione);
- immigrati residenti in tipiche comunità semichiuse ed affollate.

Anche in tale ambito è prioritario che vengano messe in atto idonee strategie per migliorare l'adesione al trattamento.

- offrire un percorso certo e facilmente comprensibile;
- consentire l'accesso diretto, in esenzione ticket;
- fornire gratuitamente farmaci e prestazioni;
- sollecitare i soggetti mediante richiami telefonici;
- somministrare la terapia preventiva nei luoghi di aggregazione degli immigrati;
- individuare un'ASV (Assistente Sanitaria Visitatrice) referente per struttura TB provinciale;
- prendere in carico i gruppi familiari ed i gruppi sociali;
- verificare sistematicamente la DOT presso la struttura in presenza di ASV;
- effettuare i controlli periodici.

Infine, è opportuno valorizzare tutte le occasioni di approccio alle strutture per offrire l'intervento preventivo:

- Il rilascio della tessera sanitaria al momento della richiesta. Modalità: lettera all'interessato e/o al Medico di Medicina Generale scelto, con l'invito a recarsi presso la struttura codificata per l'esecuzione del test.
- L'accesso agli ambulatori per STP o in quelli ad alta frequenza d'immigrati come i consultori familiari. Modalità: proposta ed esecuzione immediata del test od invio alla struttura codificata.
- Ricovero ospedaliero per qualsiasi patologia. Modalità: effettuazione in reparto.
- Accesso al Pronto Soccorso. Modalità: lettera all'interessato e/o al MMG scelto, con l'invito a recarsi presso struttura codificata per l'esecuzione del test.

#### 5) Gestione dei contatti

La ricerca attiva e il controllo dei contatti di un caso di tubercolosi polmonare è tra le più importanti misure preventive della tubercolosi. A tale scopo, i tempi della segnalazione di un caso sospetto di tubercolosi devono essere ridotti il più possibile, dovendo comunque avvenire entro tre giorni dall'accertamento del caso, mentre la conseguente ricerca attiva dei contatti dovrebbe essere avviata entro i successivi tre giorni.

Le Aziende Sanitarie, devono sviluppare e implementare modelli di protocollo per condurre la ricerca dei contatti dei casi contagiosi di TB applicabili nel contesto locale, identificando ogni fase della attività di ricerca e definendone i processi, i flussi informativi con i relativi responsabili.

I programmi dovranno prevedere indicatori di processo e di esito quali:

- proporzione di casi indice per i quali sia stato rintracciato almeno un contatto
- proporzione di contatti che sono valutati per infezione/malattia tubercolare
- proporzione di contatti con infezione che iniziano il trattamento
- proporzione di contatti trattati che completano il trattamento.

Nell'adozione di tali Protocolli, inoltre, dovranno essere considerate anche le raccomandazioni che riguardano l'indagine sui contatti in contesti particolari, come nel caso di TB nelle scuole, negli Ospedali nelle Istituzioni residenziali, nei luoghi di lavoro, nei viaggi aerei.

Dovranno, inoltre, essere adottati protocolli per il trattamento terapeutico dei contatti, tenendo presente che, in alternativa alle denominazioni classiche di "terapia preventiva" o "chemioprolifassi", recentemente è stata introdotta la definizione complessiva di "trattamento dell'infezione tubercolare latente" per indicare la somministrazione di uno schema terapeutico valido sia per i contatti di pazienti con TB contagiosa che per pazienti trattati perché ad aumentato rischio di sviluppare una TB attiva.

#### Cronoprogramma:

Attività	2011												2012											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definizione Protocolli: gestione contatti, immigrati	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Formazione			X	X	X	X																		
Percorsi con le associazioni di volontariato						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Incontri									X	X	X	X												

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

programmati																								
Implementazione a regime flusso informativo														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Flusso informativo laboratori	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Analisi dei dati										X	X	X										X	X	X

Beneficiari

Popolazione generale; sottogruppi di popolazione a rischio (immigrati, soggetti senza fissa dimora, reclusi in istituti di correzione e pena, tossicodipendenti ed anziani istituzionalizzati).

Portatori di intersse

Associazioni di volontariato privato, sociale o di rappresentanza degli immigrati, come da Albo Regionale (L.R. 33/94); Servizi Epidemiologia; UOPC; Broncopneumologi; Infettivologi; PLS; MMG; Società scientifiche.

Possibili criticità

Scarsa integrazione funzionale tra Ospedali e Territorio; ridotta esperienza nella gestione della malattia da parte dei MMG e/o PLS; scarsa compliance (trattamento e follow-up); ridotta collaborazione da parte delle associazioni di volontariato; mancata attuazione screening immigrati .

Obiettivo di processo perseguito

Migliorare la sorveglianza epidemiologica; migliorare il follow-up dei trattamenti farmacologici

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% dei casi in trattamento standard / casi in follow up	Sistema Informativo Malattie Infettive: n° schede di sorveglianza esiti trattamento trasmesse / n° casi di TBC notificati	In corso di elaborazione	60%		100%	
Grado (%) di congruenza tra ricoveri per TBC e casi notificati	Sistema Informativo Malattie Infettive: rapporti Trimestrali. SDO	In corso di elaborazione	60%		100%	
Grado (%) di congruenza tra casi registrati dal "Sistema integrativo di segnalazioni dalla Rete Regionale dei Laboratori TBC" e casi TBC notificati	Sistema integrativo di segnalazioni dalla Rete regionale dei Laboratori TBC: rapporti trimestrali	In corso di elaborazione	60%		100%	

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

### Progetto 13: Implementazione del sistema REACH-CLP per la tutela della salute umana Quadro d'Insieme n° 2.7.1)

#### Macroarea:

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

#### Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici

#### Titolo del programma:

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

#### Analisi di contesto del programma

La produzione complessiva di sostanze chimiche è passata da 1 milione di tonnellate nel 1930 a 400 milioni di tonnellate nel 2001.

Le sostanze registrate nel mercato comunitario sono circa 100.000; per 10.000 la commercializzazione in termini di volume supera le 10 tonnellate, mentre circa 20.000 raggiungono quantitativi compresi tra 1 e 10 tonnellate.

In base alle stime, nel 1998 il valore della produzione mondiale di sostanze chimiche ha raggiunto 1.244 miliardi di euro.

Con una quota del 31% del fatturato mondiale, l'industria chimica dell'UE ha generato un saldo positivo dell'interscambio pari a 41 miliardi di euro, collocandosi al primo posto e dunque precedendo gli Stati Uniti (28% del valore della produzione), che in quell'anno presentavano un saldo attivo di 12 miliardi di euro nel settore.

In Europa l'industria chimica è al terzo posto nella classifica delle industrie maggiori; essa impiega direttamente 1,7 milioni di addetti e altri 3 milioni circa con l'indotto.

Oltre a svariate multinazionali di spicco, in questo settore operano circa 36.000 piccole e medie imprese che corrispondono al 96% del numero complessivo di PMI in Europa e contribuiscono al 28% della produzione chimica<sup>7</sup>.

Il "vecchio" sistema di gestione dei chemicals<sup>8</sup>, nonostante avesse introdotto una maggiore regolamentazione del flusso di "nuove" sostanze chimiche<sup>9</sup> nel mercato europeo, risultava insufficiente ai fini della gestione delle sostanze già presenti sul mercato prima del settembre 1981<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> Fonte: Commissione delle Comunità Europee, "Libro Bianco: Strategia per una politica futura in materia di sostanze chimiche", COM(2001) 88 definitivo, Bruxelles, 27.02.2001, p. 4.

<sup>8</sup> Per "vecchio" sistema di gestione dei chemicals si intende il sistema di gestione introdotto con l'entrata in vigore della Direttiva 67/548/CE e s.m.i..

Si è evidenziato, infatti, che soprattutto la carenza di informazioni sulle proprietà e sugli usi delle 100.000 sostanze esistenti rappresentasse una seria minaccia per tutela della salute umana e dell'ambiente<sup>11</sup>.

Mentre le “nuove” sostanze, infatti, erano soggette ad obblighi informativi, compreso all'interno del procedimento di notifica, per le sostanze esistenti l'unico obbligo previsto per essere immesse sul mercato era quello di iscrizione nel database EINECS, che non prevedeva al suo interno alcun obbligo informativo.

Al fine di raggiungere un maggiore grado di tutela della salute umana e dell'ambiente, la Comunità Europea ha emanato il Regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH: Registration, Evaluation, Authorisation and restriction of CHemicals), che prevede l'affermazione del principio “no data, no market”<sup>12</sup>, secondo cui l'immissione sul mercato delle sostanze chimiche è subordinata alla raccolta di dati sulle stesse.

Si evince facilmente che la disponibilità dei dati sulle sostanze chimiche, in quanto tali o in quanto componenti di preparati o articoli, risulta fondamentale rispetto alle politiche di prevenzione delle malattie legate all'esposizione, professionale e non, ad agenti chimici.

Il Regolamento REACH prevede quattro diverse procedure:

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

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

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

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

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

---

<sup>9</sup> Sono considerate “nuove” sostanze chimiche tutte quelle sostanze presenti nel database ELINCS (European LIst of Notified Chemical Substances). Tale database è stato attivo dal settembre 1981 al maggio 2008, periodo nel quale sono state inviate quasi 8.500 notifiche per circa 5.300 sostanze.

<sup>10</sup> Per sostanze già esistenti sul mercato si intendono le sostanze circolanti all'interno della Comunità Europea tra il 01.01.1971 e il 18.09.1981, come tali riportate nel database EINECS (European INventory of Existing Commercial chimica Substances). Il numero totale di sostanze comprese nel database EINECS è fisso ed assomma a poco più di 100.000 sostanze.

<sup>11</sup> Fonte: Commissione delle Comunità Europee, “Libro Bianco: Strategia per una politica futura in materia di sostanze chimiche”, COM(2001) 88 definitivo, Bruxelles, 27.02.2001, pp. 6-7.

<sup>12</sup> Art. 5 del Regolamento (CE) n. 1907/2006



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

Il Regolamento (CE) n. 1272/2008 (CLP: Classification, Labelling and Packaging) innova la disciplina comunitaria in materia di classificazione, etichettatura ed imballaggio delle sostanze e delle miscele, perseguendo gli stessi fini del Regolamento REACH.

In particolare, si evidenzia che le etichette costituiscono un'importante interfaccia tra produttore/importatore ed utilizzatore professionale/cittadino e che le informazioni in esse contenute, oltre a favorire la reale percezione del rischio chimico, devono consentire anche l'adozione di adeguate misure di gestione, nonché di opportuni provvedimenti in caso d'urgenza.

Di conseguenza, data la reale sovrapposizione tra le finalità del Regolamento REACH con quelle del Regolamento CLP, trova giustificazione riferirsi, nell'ambito del presente programma, ad un sistema REACH-CLP, in quanto l'implementazione della succitata normativa comunitaria non può che avvenire, qualora ne ricorrano le condizioni, in modo congiunto.

Si comprende facilmente, pertanto, che l'implementazione del sistema REACH-CLP, oltre che rappresentare un'indubbia priorità a livello comunitario, costituisce a regime una modalità concreta di riduzione delle esposizioni, professionali e non, ad agenti chimici.

Tale giudizio trova conforto anche nella valutazione sintetica sul periodo 2005-2009 del Piano Regionale di Prevenzione dell'Assessorato della Sanità della Regione Campania, che include il sostegno all'implementazione del sistema REACH-CLP tra le attività da consolidare nel triennio 2010-2012.

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

Prova ne sia il basso numero di preregistrazioni effettuate sul territorio campano<sup>13</sup>, che solleva preoccupazioni non soltanto attinenti la sfera economica, in termini di ripercussioni sulla produttività dell'immediato futuro del sostrato imprenditoriale campano, ma altresì sul grado di tutela della salute umana e dell'ambiente, per quanto consentito dall'attuazione del sistema REACH-CLP.

Si ritiene utile adottare una strategia principalmente mirata alla condivisione ed all'informazione rispetto alla necessità di implementare il sistema REACH-CLP, assegnando alle funzioni di vigilanza un valore di monitoraggio del fenomeno sul territorio.

Tale strategia non può e non deve essere esclusivamente mirata al mondo delle imprese, dei lavoratori esposti ma deve essere estesa ai cittadini-consumatori, affinché si sviluppi una maggiore percezione dei rischi legati all'uso di sostanze chimiche, in quanto tali o in quanto componenti di preparati o articoli.

Dal 1 dicembre 2010, si passa alla fase delle registrazioni, dopo il biennio di rodaggio delle preregistrazioni, con un articolato scadenziario, si arriverà alla completa attuazione del Regolamento nel 2018.

Il REACH è una grande riforma europea che tutela ambiente e salute, protegge consumatori e lavoratori dell'industria chimica e manifatturiera.

---

<sup>13</sup> Per la Regione CAMPANIA il numero di pre-registrazioni effettuate è stato pari a 125 (Per provincia: 65 Napoli, 17 Salerno, 16 Caserta, 16 Avellino e 10 Benevento) (Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nota n. 0007661-P-18/02/2009), effettivamente sottodimensionato rispetto non soltanto rispetto alle previsioni determinate dalla specifica realtà produttiva, ma altresì rispetto al volume di importazioni.

Realizza una drastica semplificazione normativa e obbliga i produttori (e gli importatori) di circa 30000 sostanze chimiche a valutare la loro pericolosità sulla salute e sull'ambiente. Concorrere alla piena attuazione di tale Regolamento, come supporto terminale dell'Agenzia Europea delle Sostanze Chimiche (ECHA) e dell'autorità competente nazionale, tramite il Coordinamento Regionale e i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL (autorità competente territoriale) realizza un cruciale momento di passaggio delle attività dei servizi verso una funzione interdisciplinare, secondo i criteri dell'EBP, riaffermati dal PNP per il triennio 2010/2012 ed in piena realizzazione dei LEA.

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

1. Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP;
2. Realizzazione di una campagna informativa in favore di imprese e cittadini.

### Titolo

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

### Identificativo della Linea di Intervento generale

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

### Identificativo della Linea di Intervento generale

2.7

### Numero identificativo del Programma all'interno del Piano Operativo Regionale

2.7.1

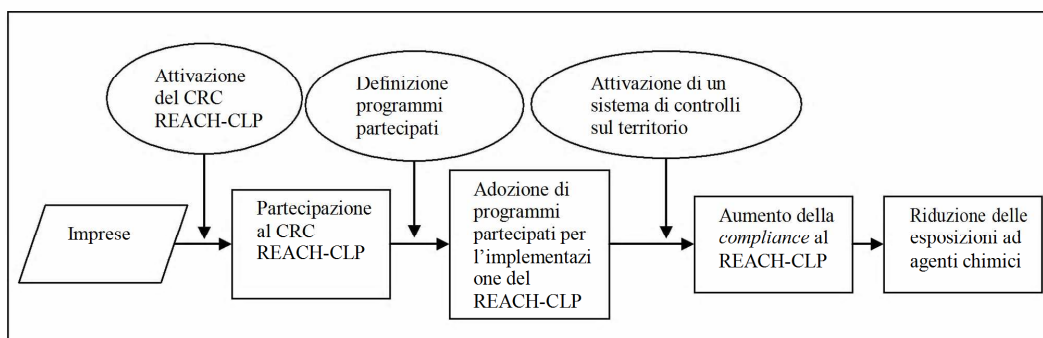
Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP

### Razionale dell'intervento

Definizione di 3 programmi partecipati tra istituzioni ed associazioni di categoria per l'implementazione su scala regionale del sistema REACH/CLP

### Scopi generali

Riduzione delle patologie, professionali e non, da agenti chimici



### Fasi

1. Fase 1 attivazione del CRC REACH/CLP con la partecipazione delle associazioni di categoria

2. Fase 2 istituzione ed attivazione del gruppo tecnico di supporto del CRC REACH/CLP
3. Fase 3 attivazione di un sistema di controlli sul territorio regionale
4. Fase 4 realizzazione di piani annuali di campionamento e potenziamento della rete laboratoristica di riferimento

*Attività*

1. Adozione del Regolamento di funzionamento del CRC REACH / CLP
2. Redazione di documenti di supporto e di indirizzo alle attività del CRC e delle autorità competenti territoriali
3. Redazione delle linee guida sulla vigilanza REACH/CLP e n. di controlli annui sul sistema REACH/CLP

Campionamento e vigilanza

*Struttura ed attore dell'intervento*

- Assessorato regionale alla Sanità
- Coordinamento regionale REACH
- Assessorato regionale all'Ambiente
- Assessorato regionale allo Sviluppo Economico
- Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali
- ARPAC
- Gruppo tecnico di esperti di supporto al CRC REACH-CLP

*Portatori di interessi*

- Associazioni di categoria (imprenditori) maggiormente rappresentative
- Ordine dei chimici

*Possibili criticità*

- Disponibilità e risorse tecniche ed economiche da parte delle imprese per raggiungere la conformità
- Presenza di laboratori di riferimento per esami analitici

*Beneficiari*

- Imprenditori del territorio campano
- Chimici professionisti

*Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguibili*

- Riduzione di esposizione ad agenti chimici
- Riduzione di esposizione ad agenti chimici non valutati

<b>Indicatori</b>	<b>Fonti di Verifica</b>	<b>Valore dell'indicatore al 31.12.2010</b>	<b>Valore dell'indicatore al 31.12.2011</b>
Programmi partecipati	BURC	0	3
Riunioni CRC con imprese	Verbali	0	2
Riunioni gruppo tecnico	Verbali	0	3
Linee guida	Documento	0	1
Controlli	Reports	0	8
Campionamento	Referti	0	4

Titolo

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

Identificativo della Linea di Intervento generale

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

Breve descrizione dell'intervento

*Razionale dell'intervento*

Favorire l'adozione di corrette misure di gestione del rischio da esposizione, professionale e non, al rischio chimico

*Scopi generali*

Riduzione delle patologie, professionali e non, da agenti chimici

*Fasi*

- Fase 1 realizzazione di una campagna informativa rivolta in particolare alle piccole e medie imprese (PMI)
- Fase 2 realizzazione di una campagna informativa rivolta alle scuole
- Fase 3 realizzazione di una campagna informativa per i consumatori di alfabetizzazione chimica
- Fase 4 realizzazione di stand informativi per la popolazione generale

*Attività*

- Incontri formativi con piccole e medie imprese
- Partecipare a momenti formativi nell'ambito scolastico ( scuole superiori)
- Produzione di locandine e depliant e brochure sul rischio chimico
- Produzione di poster e materiali illustrati

*Struttura ed attore dell'intervento*

- Assessorato regionale alla Sanità
- Coordinamento regionale REACH
- Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali
- Gruppo tecnico di esperti di supporto al CRC REACH-CLP

*Portatori di interessi*

- Associazioni di categoria (imprenditori) maggiormente rappresentative
- Associazioni di consumatori

*Possibili criticità*

Protocolli d'intesa con piccole e medie imprese e con associazioni di consumatori

Presenza di laboratori di riferimento per esami analitici

*Beneficiari*

- Piccole e medie imprese
- Consumatori
- Studenti
- Chimici professionisti

*Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguibili*

- Riduzione di esposizione ad agenti chimici

- Riduzione di esposizione ad agenti chimici non valutati

Indicatori	Fonti di Verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011
Incontri PMI	Registro presenze	0	6
Incontri scuole	Registro	0	8
Brochure distribuite	Registri	0	100
Stand realizzati	verifiche	0	3

### PROGETTO 1 DEL PROGRAMMA

Implementazione del sistema reach-clp

*Titolo del progetto:*

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

*Contenuti del progetto*

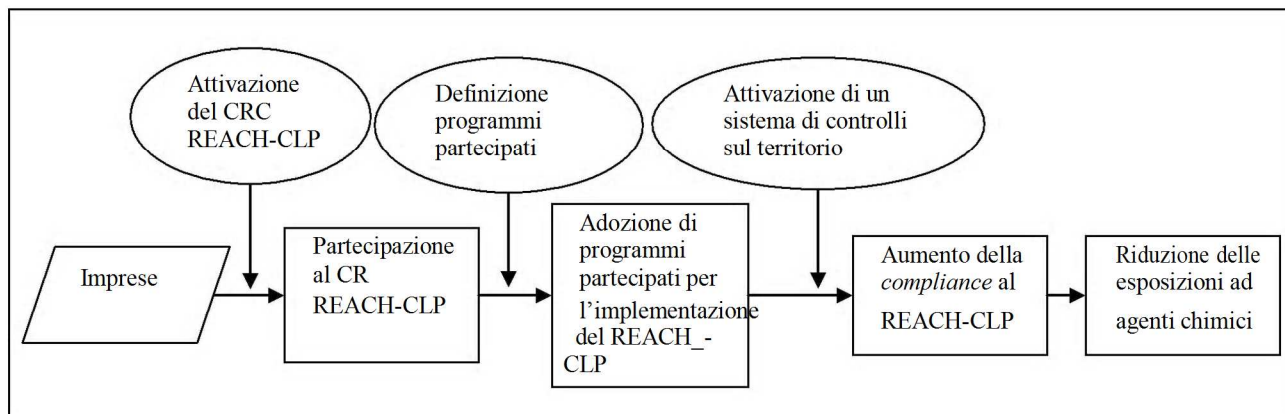
*Beneficiari*

- Imprenditori del territorio campano
- Chimici professionisti

*Attori*

- Assessorato regionale alla Sanità
- Coordinamento regionale REACH
- Assessorato regionale all'Ambiente
- Assessorato regionale allo Sviluppo Economico
- Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali
- ARPAC
- Gruppo tecnico di esperti di supporto al CR REACH-CLP

*Modello logico*



*Quadro logico*

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	IOV	Mezzi di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici			
Obiettivo specifico	Definizione di n. 3 programmi partecipati tra istituzioni ed associazioni di categoria per l'implementazione su scala regionale del sistema REACH-CLP	- Almeno n. 1 programma partecipato all'anno	Fonti ufficiali (es. BURC)	- Disponibilità di mezzi tecnici e risorse economiche da parte delle imprese per raggiungere conformità al REACH e CLP
Risultato atteso 1	Attivazione del CRC REACH-CLP, con la partecipazione delle associazioni di categoria	Almeno n. 2 riunioni/anno del CRC REACH-CLP, con la partecipazione delle associazioni di categoria	Verbalistica annuale prodotta dal CRC REACH-CLP	
Attività	Organizzazione delle riunioni del	Risorse strutturali (sala riunioni)		Intesa da parte degli attori istituzionali

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

	CRC REACH-CLP			
	Adozione del Regolamento di funzionamento del CRC REACH-CLP	Gruppo di lavoro		
Risultato atteso 2	Istituzione ed attivazione del gruppo tecnico di esperti a supporto del CRC REACH-CLP	Almeno n. 3 sedute/anno del gruppo tecnico di esperti a supporto del CRC REACH-CLP Almeno n. 1 documento elaborato dal gruppo tecnico a supporto delle attività del CRC REACH-CLP	Verbalistica annuale prodotta dal gruppo tecnico di esperti a supporto del CRC REACH-CLP Documenti prodotti dal gruppo tecnico di esperti a supporto del CRC REACH-CLP	
Attività	Redazione di documenti di indirizzo di supporto alle attività del CRC REACH-CLP			
	Organizzazione delle riunioni del gruppo tecnico di esperti			
Risultato atteso 3	Attivazione di un sistema di controlli sul territorio regionale	Redazione delle linee guida per la vigilanza sul REACH e CLP N. 8 controlli annui sul sistema REACH-CLP, distinti per oggetto (a seconda dei programmi)	Report annuale sulle attività di vigilanza in materia di REACH e CLP	Disponibilità di un laboratorio di riferimento per l'effettuazione dei controlli analitici
Attività	Realizzazione di piani annuali di campionamento	Risorse umane (personale addetto alla vigilanza specifica sul territorio)		
	Potenziamento della rete laboratoristica di riferimento	Accreditamento per specifiche prove del laboratorio di riferimento		
	Redazione di procedure per la vigilanza in materia di REACH e CLP	Gruppo di lavoro		

*Piano di valutazione*

Breve pianificazione di tutte le fasi valutative (valutazione propedeutica, di processo, di outcome, di impatto)<sup>14</sup> relative alle attività e/o ai risultati programmati al 31 dicembre 2011 e 31 dicembre 2012.

**PROGETTO 2 DEL PROGRAMMA**

*Titolo 2 del progetto:*

Realizzazione di una campagna informativa in favore di imprese e cittadini.

*Contenuti del progetto*

*Beneficiari*

- Piccole e medie imprese(PMI)
- Consumatori
- Studenti

*Attori*

- Assessorato regionale alla Sanità
- Coordinamento Regionale REACH-CLP
- Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali
- Gruppo tecnico di esperti
- Associazioni di categoria (imprenditori) maggiormente rappresentative
- Associazioni dei consumatori
- Associazioni ambientaliste

<b>Finalità del progetto</b>	<b>Logica dell'intervento</b>	<b>IOV</b>	<b>Mezzi di verifica</b>	<b>Rischi ed assunzioni</b>
Obiettivo generale	Riduzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici			
Obiettivo specifico	Favorire l'adozione delle corrette misure di gestione del rischio da esposizione chimica	Percentuale di partecipanti con esito positivo al test finale superiore all'80%	Test di verifica (iniziale; finale)	
Risultato atteso 1	Realizzazione di una campagna informativa mirata per le imprese	N. 100 partecipanti all'anno sul territorio regionale N. 120 ore di informazione erogate all'anno sul territorio regionale	Registri degli eventi di informazione	Protocollo di Intesa con associazioni di categoria
Attività	Realizzazione di eventi di informazione mirati ai piccoli gruppi di imprenditori	Risorse strutturali Risorse umane		
	Realizzazione di materiale informativo	Risorse umane Materiale		

<sup>14</sup> La valutazione è una componente cruciale del progetto e trasversale a tutte le sue fasi. Come tale necessita di una vera e propria pianificazione, che deve anch'essa rispondere al percorso suggerito all'interno del PCM: coinvolgere i Gruppi di interesse, chiarire il progetto, elaborare il "disegno" della valutazione, determinare metodi di misura e procedure adeguate, sviluppare un piano di lavoro per la valutazione (con relativo eventuale budget e cronoprogramma), raccogliere, elaborare e analizzare i dati (secondo i metodi e le procedure identificate), interpretare e diffondere i risultati, intraprendere le azioni necessarie.



REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Risultato atteso 2	Realizzazione di una campagna informativa per i cittadini, principalmente indirizzata all'alfabetizzazione chimica	N. 8 eventi all'anno sul territorio regionale	Registri degli eventi di informazione	Protocollo di Intesa con associazioni dei consumatori
Attività	Realizzazione di eventi di informazione aperti al pubblico	Risorse strutturali Risorse umane		
	Realizzazione di materiale informativo	Risorse umane Materiale		
Risultato atteso 3	Diffusione del materiale informativo all'esterno degli eventi di informazione	N. brochure diffuse all'anno 100	Registri di distribuzione delle brochure informative	
Attività	Realizzazione di stand informativi, principalmente rivolti alla popolazione generale			

*Piano di valutazione*

Breve pianificazione di tutte le fasi valutative (valutazione propedeutica, di processo, di outcome, di impatto)<sup>15</sup> relative alle attività e/o ai risultati programmati al 31 dicembre 2011 e 31 dicembre 2012.

**Progetto 14: Implementazione e messa a regime delle azioni per il monitoraggio epidemiologico e per la valorizzazione delle fonti informative ambiente-salute relativamente ai processi di raccolta, trasformazione e smaltimento dei rifiuti nella Regione Campania (Quadro d'Insieme n° 2.7.2)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale

2.7

Breve Descrizione dell'Intervento

*Razionale dell'intervento*

L'attuale situazione relativa alla gestione dei rifiuti in Campania, con la realizzazione e la messa in funzione del primo termovalorizzatore di Acerra, ha posto l'esigenza di valutare lo stato di salute dei cittadini che vivono nelle immediate vicinanze degli impianti di incenerimento di RSU. La necessità di attuare un monitoraggio dello stato di salute delle popolazioni residenti in prossimità di impianti di incenerimento rifiuti è, del resto, un'esigenza comune all'intero Paese.

Nonostante il moltiplicarsi di studi tendenti a descrivere la relazione tra lo stato di salute delle popolazioni interessate e i possibili determinanti, sia ambientali che di altra natura, non sempre questi sforzi di approfondimento delle conoscenze hanno prodotto una chiara informazione circa le problematiche di volta in volta emerse.

<sup>15</sup> La valutazione è una componente cruciale del progetto e trasversale a tutte le sue fasi. Come tale necessita di una vera e propria pianificazione, che deve anch'essa rispondere al percorso suggerito all'interno del PCM: coinvolgere i Gruppi di interesse, chiarire il progetto, elaborare il "disegno" della valutazione, determinare metodi di misura e procedure adeguate, sviluppare un piano di lavoro per la valutazione (con relativo eventuale budget e cronoprogramma), raccogliere, elaborare e analizzare i dati (secondo i metodi e le procedure identificate), interpretare e diffondere i risultati, intraprendere le azioni necessarie

Ciò è avvenuto per la obiettiva difficoltà di dimostrare, su base scientifica, la reale correlazione tra le varie esposizioni ambientali e lo stato di salute delle popolazioni, consentendo così la frequente strumentalizzazione delle informazioni disponibili.

L'Assessorato alla Sanità della Regione Campania – Osservatorio Epidemiologico Regionale ha, negli ultimi anni, partecipato e coordinato diverse iniziative di comunicazione e studi orientati a valutare lo stato di salute della popolazione residente nelle aree interessate da fenomeni di rilascio incontrollato di rifiuti, cercando di valutare anche il grado di correlabilità tra questi due fenomeni. A tali attività hanno partecipato le strutture istituzionali aziendali afferenti allo stesso OER, come i Servizi Epidemiologia e Prevenzione delle AASSLL, i registri difetti congeniti, i registri tumori di popolazione.

Gli studi sui residenti in vicinanza di discariche e di impianti di incenerimento di RSU, prevalentemente di tipo geografico, hanno riguardato effetti a breve e lungo termine relativi a salute riproduttiva (rapporto tra sessi, gemellarità, peso alla nascita, malformazioni congenite), salute infantile (sviluppo, alterazioni ormonali, allergie, tumori) e adulta (mortalità e morbosità per tumori, patologie cardiocircolatorie e respiratorie).

I risultati sono a volte contrastanti e non conclusivi. In particolare, per quanto riguarda gli inceneritori, studi italiani su aree con più sorgenti di esposizione sono stati condotti in Friuli e nel Lazio, mentre recentemente è stata analizzata la mortalità per neoplasie linfatiche in Toscana e in 25 comuni italiani.

La maggior parte degli studi, prevalentemente di tipo geografico, i cui risultati sono spesso contrastanti e non conclusivi, risente della ridotta numerosità delle popolazioni studiate, di una inadeguata attribuzione dell'esposizione, di una finestra temporale spesso insufficiente, dell'impossibilità di controllare i fattori di confondimento. Risulta quindi difficile stabilire un rapporto di causalità tra esposizione ed effetti misurati.

La programmazione regionale ha manifestato una elevata sensibilità al problema, infatti la Giunta Regionale della Campania ha approvato in data 17 luglio 2007 la Delibera n. 1293, "Misure per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione in relazione a fattori di rischio ambientale: potenziamento OER e registri tumori", con la quale, tra l'altro, si intende sperimentare un sistema di sorveglianza salute ambiente in collaborazione con ARPA Campania.

Infine la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha istituito un Osservatorio Ambientale (O.P.C.M. 3730 del 07/01/2009, art. 3), al fine di garantire la più ampia informazione nei confronti della popolazione relativamente alle attività e modalità di funzionamento dell'impianto di termovalorizzazione nel comune di Acerra.

#### *Obiettivi generali:*

Il presente progetto, inserito in un più ampio programma di sviluppo delle competenze relative al monitoraggio salute-ambiente della Regione Campania, ha l'obiettivo di mettere a regime ed integrare gli strumenti già attivati con i progetti CCM ("*Valutazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione esposta a processi di raccolta, trasformazione e smaltimento dei rifiuti nella Regione Campania*" – "*Costituzione di un Centro di riferimento per la valorizzazione delle fonti informative su salute e inquinamento ambientale da rifiuti a supporto della funzione di governo istituzionale*") per realizzare una valutazione degli effetti sulla salute degli inquinanti prodotti da siti o impianti di smaltimento dei rifiuti presenti in Campania e verificare la fattibilità di realizzare un sistema di sorveglianza epidemiologica. Si vuole così fornire agli esperti, amministratori e al pubblico informazioni valide e aggiornate sugli aspetti tecnici relativi agli impianti di trasformazione e smaltimento di rifiuti in Campania, sulle loro emissioni, sullo stato di salute della popolazione residente in prossimità degli impianti e dei lavoratori addetti, e sui possibili effetti nocivi della contaminazione ambientale. A tale

scopo si è avviata una collaborazione con il Progetto MONITER, condotto su analoghe problematiche dall'ARPA Emilia Romagna, che costituisce quindi partner essenziale del progetto.

#### *Risultati attesi*

Attraverso le attività del progetto si intende mettere a regime l'effettuazione della valutazione degli effetti sulla salute degli inquinanti prodotti da siti o impianti di smaltimento dei rifiuti presenti in Campania e verificare la fattibilità di rendere routinaria e tempestiva questo tipo di valutazione, trasformandola così in attività di sorveglianza. A tal fine è necessario disporre della migliore e più aggiornata informazione scientifica disponibile sui rapporti tra modalità di gestione dei rifiuti e salute delle popolazioni.

Nello studio sarà posta particolare attenzione alla valutazione dei livelli di esposizione delle popolazioni residenti, utilizzando sia modelli di ricaduta o di dispersione che misure in atmosfera o al suolo, al fine di caratterizzare livelli diversi di esposizione in relazione alla localizzazione rispetto alla fonte inquinante.

In particolare saranno verificati gli effetti a breve e a lungo termine degli impianti di incenerimento di rifiuti solidi urbani esistenti e programmati sul territorio regionale attraverso una metodologia che garantisca la buona caratterizzazione dell'esposizione ambientale. Inoltre si approfondiranno gli studi geografici di mortalità e di incidenza oncologica e di malformazioni congenite già effettuati nei comuni delle province di Napoli e Caserta attraverso studi analitici, estendendoli alle altre province, per verificare l'eventuale associazione causale tra gli incrementi osservati e la presenza di siti di smaltimento di rifiuti anche non legali. Il confronto tra i risultati ottenuti, corretti per i possibili confondenti anagrafici e socio-economici, consentirà inoltre una valutazione degli effetti di modalità diverse di smaltimento dei rifiuti.

Particolare attenzione, infine, sarà posta nella programmazione e attuazione della diffusione dei risultati delle attività.

#### *Azioni principali:*

Le attività che il progetto si propone di effettuare sono di seguito esposte:

Sintesi delle conoscenze sul tema;

Aggiornamento delle precedenti rilevazioni dei siti di smaltimento dei rifiuti presenti nella Regione Campania;

Per gli inceneritori, stima delle emissioni in aria, acque e suolo relative a ciascun impianto;

Caratterizzazione della popolazione potenzialmente esposta;

Valutazione degli effetti sulla salute dell'esposizione ambientale;

Valutazione epidemiologica dello stato di salute dei lavoratori esposti;

Valutazione dello stato di salute ex-ante delle popolazioni interessate dai nuovi insediamenti;

Diffusione di reportistica regionale standard sullo stato di salute della popolazione e sui suoi determinanti e aggiornamento, in collaborazione con l'ARPA, sulla situazione ambientale correlata alla gestione dei rifiuti.

Diffusione dei risultati dei lavori realizzati, con particolare attenzione alla pianificazione della comunicazione e dell'informazione per i decisori, i cittadini e la comunità scientifica.

Formazione operatori sanitari sui temi specifici.

*Attori:*

Regione Campania – Osservatorio Epidemiologico Regionale, ARPA Campania, Registri Tumori, Registro malformazioni, AASSLL, Centro di riferimento per la valorizzazione delle fonti informative su salute e inquinamento ambientale da rifiuti.

*Portatori di interesse:*

Popolazione, Associazioni cittadini, Associazioni ambientaliste, Province, Comuni.

*Possibili criticità:*

L'approccio proposto appare nel complesso fattibile, a condizione che vi sia una integrazione tra le informazioni dei sistemi informativi sanitari (anagrafi di popolazione, mortalità, ricoveri ospedalieri, difetti congeniti, registro tumori) e ambientali (caratterizzazione ambientale dei siti contaminati, censimento emissioni) che, sebbene non in maniera omogenea, possono essere considerati di qualità sufficiente per gli scopi del progetto.

La principale criticità è comune a tutti i lavori che intendono correlare lo stato di salute con misure di esposizione ambientale, ed è fondamentale di tipo metodologico, riguarda le procedure di valutazione e di attribuzione dell'esposizione.

*Sistema di valutazione:*

costruzione di una metodologia per l'interpretazione dei dati prodotti mediante definizione di un sistema di indicatori per valutare lo stato di salute della popolazione esposta;

gestione e aggiornamento censimento delle fonti inquinanti (impianti e discariche);

sintesi e utilizzazione delle evidenze scientifiche disponibili nella letteratura relative agli aspetti ambientali e sanitari connessi con la presenza di impianti per il trattamento e smaltimento dei rifiuti;

pianificazione di iniziative di comunicazione e di formazione sul tema.

*Cronoprogramma:*

Le attività si svolgeranno nel corso del triennio di vigenza del PRP.

*Beneficiari:*

Popolazione

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

Valutazione degli effetti sulla salute degli inquinanti prodotti da siti o impianti di smaltimento dei rifiuti presenti in Campania e verificare la fattibilità di realizzare un sistema di sorveglianza epidemiologica.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Produzione di rapporti tecnici su: analisi a livello subcomunale, analisi della					Stesura rapporti	

struttura spaziale dei dati, stima di indicatori di patologie con brevi tempi di latenza.						
Mappa e censimento sulla localizzazione geografica di impianti autorizzati alla gestione rifiuti	% territorio mappato				Realizzazione censimento	
Produzione di report di sintesi sulla letteratura scintiefica esistene	n.ro di report		Stesura report			
n.ro corsi d'aggiornamento e formazione	n.ro soggetti formati		1		3	
Promozione campagna di comunicazione/informazione	n.ro di interventi				Realizzazione campagna	

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

### Progetto 15: La comunicazione del rischio in sicurezza alimentare: un passo importante verso la prevenzione (Quadro d'Insieme n° 2.8.1)

#### Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:

Fornire ai consumatori un'informazione preventiva, in materia di sicurezza alimentare, mirata alla promozione di comportamenti protettivi da adottare nella vita quotidiana ed in caso di emergenza anche attraverso l'individuazione di una fonte ufficiale e accessibile di notizie: l' Osservatorio Regionale per la Sicurezza alimentare.

Formare il personale sanitario coinvolto nei controlli sugli alimenti, al fine di trasformare l'enorme quantità di dati e di informazioni in una risorsa per il cittadino e un vantaggio per la comunità.

#### Contenuti del progetto

##### *Beneficiari*

L'attività di comunicazione sarà rivolta alle seguenti categorie: personale sanitario, associazioni di categoria, stakeholders, scuole, opinione pubblica

##### *Analisi del contesto/Descrizione dell'intervento*

La Giunta regionale della Campania, con delibera n. 2492 del Luglio 2007 istituisce l'Osservatorio Regionale per la Sicurezza Alimentare. L'Autorità regionale, attraverso ORSA, predispone un sistema di comunicazione del rischio costante ed efficace.

In un sistema complesso come quello della filiera alimentare, costituito da vari passaggi nei quali operano diversi soggetti, il ruolo svolto dalla comunicazione diviene fondamentale. Una comunicazione efficiente, interna al sistema, permette un funzionamento corretto della filiera, veicolando così un'immagine positiva e rassicurante anche all'esterno ovvero proprio verso la comunità costituita dai cittadini-consumatori, sempre più esigenti in termini di domanda di informazioni.

Un consumatore bene informato è anche un cittadino consapevole, non soltanto del proprio diritto alla salute ma anche del proprio ruolo come soggetto attivo nel perseguire e mantenere il proprio benessere fisico e psicologico, adottando abitudini salubri e ponendo costante attenzione alla prevenzione .

La tematica della *comunicazione del rischio* ha trovato e sta trovando interesse sempre maggiore anche da parte dei decisori politici, che si trovano a dover affrontare un contesto assai complesso e articolato dove non si tratta più soltanto di tenere presente i rischi naturali, quali incidenti di diverso tipo, ma diventa necessario valutare anche nuovi rischi, quali quelli dovuti all'attività dell'uomo, in particolare legati alle innovazioni tecnologiche.

L'aspetto legato alla comunicazione del rischio ha rappresentato l'elemento innovativo più importante apportato negli ultimi anni dalla nuova legislazione in materia di sicurezza alimentare.

I disciplinari prevedono un continuo aggiornamento delle procedure e la comunicazione puntuale alle autorità competenti sui risultati scaturiti dalle analisi effettuate.

Le informazioni raccolte vengono messe a disposizione dei consumatori, che sono parte attiva della filiera alimentare, con un'opera di informazione ed educazione continua, senza la quale non si potrebbe chiudere correttamente il cerchio.

Ma l'impegno dei canali di comunicazione istituzionale a volte risulta ancora insufficiente: l'esperienza degli ultimi anni in materia di sicurezza alimentare ha portato gli studiosi ad interrogarsi sul modo in cui la sicurezza alimentare viene sentita dalla comunità dei cittadini e quindi comunicata; vi è infatti grande discordanza tra quello che viene definito il "rischio reale", frutto dei statistiche elaborate da esperti, e il "rischio percepito" dai consumatori, spesso influenzato dalle modalità con cui gli organi di informazione trattano determinati argomenti.

I cittadini reagiscono agli allarmi alimentari con scelte irrazionali e con manifesta sfiducia nei confronti di istituzioni, scienziati, produttori e commercianti. Un ruolo importante è svolto in questo senso dai media che nel portare i rischi all'attenzione dell'opinione pubblica, creano spesso, un senso di urgenza attorno ad essi.

È ormai noto che la copertura mediatica può amplificare l'interesse su un problema: una buona storia giornalistica è, infatti, quella in cui l'interesse del pubblico e dei media si rinforza a vicenda; si parla di effetto slavina (snow ball) per descrivere un evento che vede via via un maggior interesse e copertura da parte dei media che competono per conquistare il primato dell'informazione.

Alcune caratteristiche che attraggono i media, quali la rarità, la novità, la commerciabilità e l'interesse collettivo, fanno emergere con chiarezza le dinamiche per cui spesso vengono focalizzati i dubbi anziché chiarirli, esacerbando i conflitti e non legittimando le fonti che vengono spesso messe tutte sullo stesso piano. Avviene così facilmente che molte informazioni siano fornite con poche o nessuna analisi rispetto alla corrispondenza a reali conoscenze tecnico-scientifiche, tanto che la copertura dei media è talvolta difficile da prevedere e spiegare.

L'attuale stile di comunicazione raramente è utile alla comunicazione del rischio, al contrario spesso risulta dannoso.

Gli eventi di contorno alle recenti crisi del cibo associate alla BSE, alla influenza aviaria alla diossina hanno fornito grande evidenza di insuccesso e di fallimento dei tradizionali modelli di comunicazione del rischio.

L'attività dell'informazione pubblica dovrebbe essere orientata alla ricerca di maggiore chiarezza ed accessibilità, utilizzando ogni risorsa disponibile perché possa circolare meglio individuando con chiarezza i bisogni informativi dei cittadini e i linguaggi di riferimento, così da rendere la comunicazione efficace. In questo senso, è importante che il servizio pubblico sappia ricorrere allo "specifico" di ogni mezzo, sapendo valorizzare, anche nel campo della comunicazione per la salute, il linguaggio della ricerca scientifica, ma anche e soprattutto modalità divulgative che tengano conto del livello medio di istruzione degli utenti.

Descrivere la probabilità che l'assunzione di qualche tipo di alimento può essere dannosa non è affatto facile. Non sempre è possibile convertire i risultati scientifici in semplici consigli e raccomandazioni che i non addetti ai lavori possano comprendere o seguire facilmente.

Per comunicare in modo adeguato è necessario mettere in campo una vera e propria strategia di comunicazione modellata il più possibile alla situazione contingente in cui il rischio si manifesta.

Per Orsa tale comunicazione assume forme diverse in ragione del periodo di attività: comunicazione in "tempo di pace" e "fase di emergenza".

La comunicazione del rischio "in tempo di pace" viene effettuata attraverso un'informazione preventiva, mirata alla promozione di comportamenti protettivi da adottare nella vita quotidiana ed in caso di emergenza.

La comunicazione in "fase di emergenza" ha l'obiettivo di fornire un resoconto dettagliato su ciò che si sta facendo per affrontare l'emergenza, raccomandando le azioni che possono essere adottate al fine di ridurre i rischi.

Per il raggiungimento degli obiettivi il progetto prevede che la comunicazione, debba essere organizzata lungo due direttrici principali: verso l'interno e verso l'esterno.

La comunicazione interna (Servizio Sanitario), ha lo scopo di diffondere informazioni utili sulle attività che vengono svolte dai gruppi di lavoro e di informare il personale circa eventuali aggiornamenti di carattere scientifico/normativo.

La comunicazione esterna ha invece l'obiettivo di rendere noti alla popolazione ed alle altre categorie coinvolte i rischi sanitari, i comportamenti atti a ridurli e l'attività che l'Istituzione svolge per tutelare la salute pubblica, con la finalità di consolidare il rapporto di fiducia con il pubblico e, nel contempo, di promuovere la propria immagine sul territorio.

Le azioni di comunicazione da sviluppare a tutti i livelli sono:

1. Possibile individuazione dell'Orsa come ente preposto alla Comunicazione del rischio e pubblicizzazione del suo sito web
2. Verifica della conoscenza in materia di sicurezza alimentare di un gruppo rappresentativo di consumatori
3. Progettazione e realizzazione di materiale informativo (brochure, poster, audiovisivi, slide, etc.);
4. Progettazione e realizzazione di campagne di informazione ideate da Orsa e destinate all'utenza;
5. Progettazione e realizzazione di materiale informativo elaborato da Orsa e destinate alla scuola (edutainment);
6. Verifica dell'apprendimento di argomenti inerente la sicurezza alimentare mediante questionari online

7. Formazione ed informazione del personale medico e medico veterinario in materia di sicurezza alimentare

Gli strumenti per l'attuazione del Piano sono:

Punti 1 :

- Sul versante della comunicazione istituzionale qualificare l'ORSA quale fonte ufficiale sui temi della sicurezza alimentare attraverso la diffusione e la promozione dell'Osservatorio e delle sue attività sul circuito regionale e nazionale. Si propone a tal fine la realizzazione di 1 spot video di presentazione dell'Osservatorio e di 1 spot radiofonico da distribuire attraverso il circuito Videometrò News Network®, il canale televisivo della Metropolitana Regionale della Campania ed il circuito di Grandi Stazioni – Napoli Centrale. L'utilizzo del canale comunicativo dell'infomobilità permette il passaggio del messaggio in più punti della città, anche extra-urbani, nella stessa giornata unitamente alla possibilità di essere notato da un gran numero di cittadini grazie ai loro quotidiani spostamenti. La distribuzione dello spot radiofonico avverrà invece sul circuito RADIO della GDO.
- campagna di banner advertising sui principali quotidiani online regionali per la durata di diversi giorni. Il ricorso a banner in posizione di rilievo favoriscono un interessante click-through rate e aumentano la visibilità del portale istituzionale dell'Osservatorio sostenendo la sua conoscenza per una futura e più approfondita consultazione da parte degli utenti.

Punti 2 e 6 :

- Al fine di verificare il grado di conoscenza di tematiche relative alla sicurezza alimentare e l'apprendimento dopo adeguata formazione sarà progettata e realizzata un'indagine statistica.

L'indagine avrà due obiettivi principali:

- valutare il grado di conoscenza che il "consumatore" ha nei confronti di temi di sicurezza alimentare;
- valutare il grado di competenza che gli "esperti" hanno in tema di sicurezza alimentare.

Per conseguire gli obiettivi prefissati saranno individuati, pertanto, due gruppi di individui:

- il primo rappresentato da consumatori opportunamente scelti tra le principali associazioni di categoria;
- il secondo rappresentato da medici veterinari appartenenti alle AA.SS.LL. della regione Campania.

La numerosità del campione sarà individuata in modo tale da essere rappresentativa della popolazione di riferimento.

Nella progettazione di un'indagine statistica, dopo aver definito gli obiettivi sorge il problema di realizzare lo strumento che permetta di raccogliere e memorizzare i dati relativi alle singole unità statistiche. Lo strumento che sarà utilizzato in questa indagine statistica è il questionario.

In collaborazione con esperti in materia di sicurezza alimentare saranno ideati due diversi questionari in relazione al target di riferimento.

Le domande, comprensibili e chiare, saranno poste in sequenza logica.

La numerosità totale delle domande sarà valutata con attenzione, trovando la giusta misura tra il bisogno di informazioni e la disponibilità dell'intervistato in modo da non perdere l'attenzione, e quindi l'affidabilità dell'intervistato.

Saranno previste domande:

- dirette o personali (domande che coinvolgono direttamente l'intervistato);
- indirette o impersonali (domande che si riferiscono ad un'intera categoria di soggetti);
- semplici (domande che richiedono soltanto una risposta);
- multiple (domande che richiedono più risposte);



- primarie o domande “filtro” (che permettono, partendo da una domanda ed acquisendo una risposta, di passare ad altre domande, dette secondarie).

I dati rilevati saranno analizzati con le più appropriate metodologie statistiche, ed i risultati saranno presentati in un report su supporto informatico e saranno utilizzati come linea guida per la preparazione del materiale informativo da divulgare.

Punto 3 e 4 :

- Progettazione e realizzazione di materiale informativo su diversi argomenti inerenti la sicurezza alimentare e distribuzione materiale informativo su GDO. Si prevede sia l’allestimento di corner informativi sia un’azione di volantinaggio da svolgere in punti strategici di grande affluenza della Campania. Per quanto riguarda l’allestimento di corner informativi, le postazioni saranno ubicate in prossimità dell’ingresso al supermercato in una posizione “importante” per un periodo di diversi week end (da venerdì a domenica). I corner, coerenti con l’identità visiva dell’Osservatorio, saranno deputati alla distribuzione di materiale informativo prodotto dall’ORSA e presidiati da un servizio di hostess e/o da personale indicato dall’Osservatorio. Le postazioni permetteranno di intercettare sia il consumatore/cliente del supermercato sia tutte le persone in transito all’interno della galleria.

Per quanto riguarda l’azione di volantinaggio si prevede di distribuire, a sostegno dell’intera campagna di comunicazione, il materiale informativo (depliant, brochure, etc.) prodotto dall’ORSA in punti strategici di grande affluenza della Campania quali, ad esempio, ingresso grandi centri commerciali, mercatini rionali, etc.

Punto 5 :

- Realizzazione di materiale educativo interattivo (edutainment) Tale attività prevede la progettazione e la realizzazione di n°1 edutainment rivolto al pubblico più giovane finalizzato all’educazione in materia di “sicurezza alimentare”. Il prodotto avrà il fine di sensibilizzare il target di riferimento coinvolgendolo in un processo di apprendimento attivo e ludico. Tale obiettivo sarà perseguito dotando il prodotto di un alto grado di interattività e facendo ampio ricorso alla multimedialità.;

Punto 5 :

- Accanto ad un sistema di formazione tradizionale si colloca l’aggiornamento proposto da Orsa.
- Nel mercato dell’informazione e della comunicazione la capacità di innovare è legata alla capacità di produrre: l’incertezza e la rapidità del cambiamento dettano le regole del gioco e sostengono la spinta competitiva. Il problema è trasformare l’enorme quantità di dati e di informazioni in una risorsa per il cittadino e un vantaggio per la comunità.
- Il Consiglio di Lisbona nel 2000 definiva knowledge age l’attuale fase storica in cui l’istruzione e la formazione sono riconosciute come gli strumenti indispensabili per promuovere lo sviluppo sociale, la cittadinanza attiva, la realizzazione professionale e personale, l’adattabilità e l’occupabilità.
- Il sistema formativo proposto, vuole da una parte trasmettere conoscenze e sviluppare abilità, dall’altra fornire un sistema di competenze che consentano all’individuo un orientamento corretto sul territorio; ciò significa fornire capacità di correlazione tra i diversi contenuti concettuali, capacità di controllo del proprio lavoro nonché di progettazione del proprio percorso lavorativo in relazione a collocazioni non rigidamente predefinite.
- L’offerta formativa si basa su un’articolazione che coniuga sistematicamente teoria e pratica, in una logica per cui il saper fare è costantemente integrato a un quadro avanzato di sapere disciplinare e interdisciplinare.

- Il percorso contenutistico, quindi, non si esaurisce in schemi, modelli, casi, norme, fruibili solo sull'immediato, ma fornisce argomentazioni, approfondimenti e contestualizzazioni di ricerca che assicurano il livello qualitativo di reference alle pubblicazioni.

La strategia generale del progetto, pianificato secondo la metodologia del Project Cycle Management mira, attraverso una migliore conoscenza dei rischi connessi al cibo, a promuovere e favorire un mutamento dei comportamenti e atteggiamenti nella popolazione, e a fornire al personale del servizio sanitario, coinvolto nelle attività di controlli sugli alimenti, una formazione integrata e gli strumenti per migliorare le capacità di comunicazione del rischio.

In modo schematico e sintetico la logica del progetto è riassunta con un modello logico dove, le attività e i servizi agiscono sulla popolazione oggetto producendo dei risultati attesi tra loro concatenati da un rapporto di causa- effetto che permettono di raggiungere l'obiettivo specifico di salute nella popolazione target (fig. 1). I risultati attesi concorrono alla realizzazione dell'obiettivo di salute del progetto e sono rappresentati nell'albero degli obiettivi (fig. 2).

Per collocare in un contesto reale ed operativo gli obiettivi e le attività individuate con adeguati indicatori di verifica dell'attuazione e considerare eventuali fattori di rischio che possono influire sulla realizzazione del progetto, è stato costruito un quadro logico che ci consente di verificare e confermare la logica d'insieme del progetto (fig. 3).

Perché il progetto possa raggiungere l'obiettivo prefissato è necessaria e fondamentale la partecipazione ed il contributo delle istituzioni sanitarie coinvolte nella problematica della sicurezza alimentare.

Le risorse utilizzate per il progetto sono interne all'Orsa per quanto riguarda i contenuti mentre per quanto attiene la realizzazione di materiale tecnico di comunicazione si farà riferimento ad una società esterna.

Concorrono alla realizzazione del progetto diversi enti pubblici:

- Assessorato alla Salute della Regione Campania
- I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali e le strutture ospedaliere
- Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno
- I servizi veterinari e i medici di igiene pubblica del sistema sanitario nazionale
- Le istituzioni scolastiche

#### *Obiettivo di salute*

Il progetto ha come obiettivo

- qualificare l'Osservatorio regionale per la Sicurezza alimentare quale fonte ufficiale sui temi della sicurezza alimentare;
- avviare un processo di informazione preventiva, mirata alla promozione di comportamenti protettivi inerenti la sicurezza alimentare da adottare nella vita quotidiana
- fornire al personale delle AASSLL una formazione specialistica ed integrata che coniugando sistematicamente teoria e pratica fornisca all'individuo un orientamento corretto sul territorio.

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

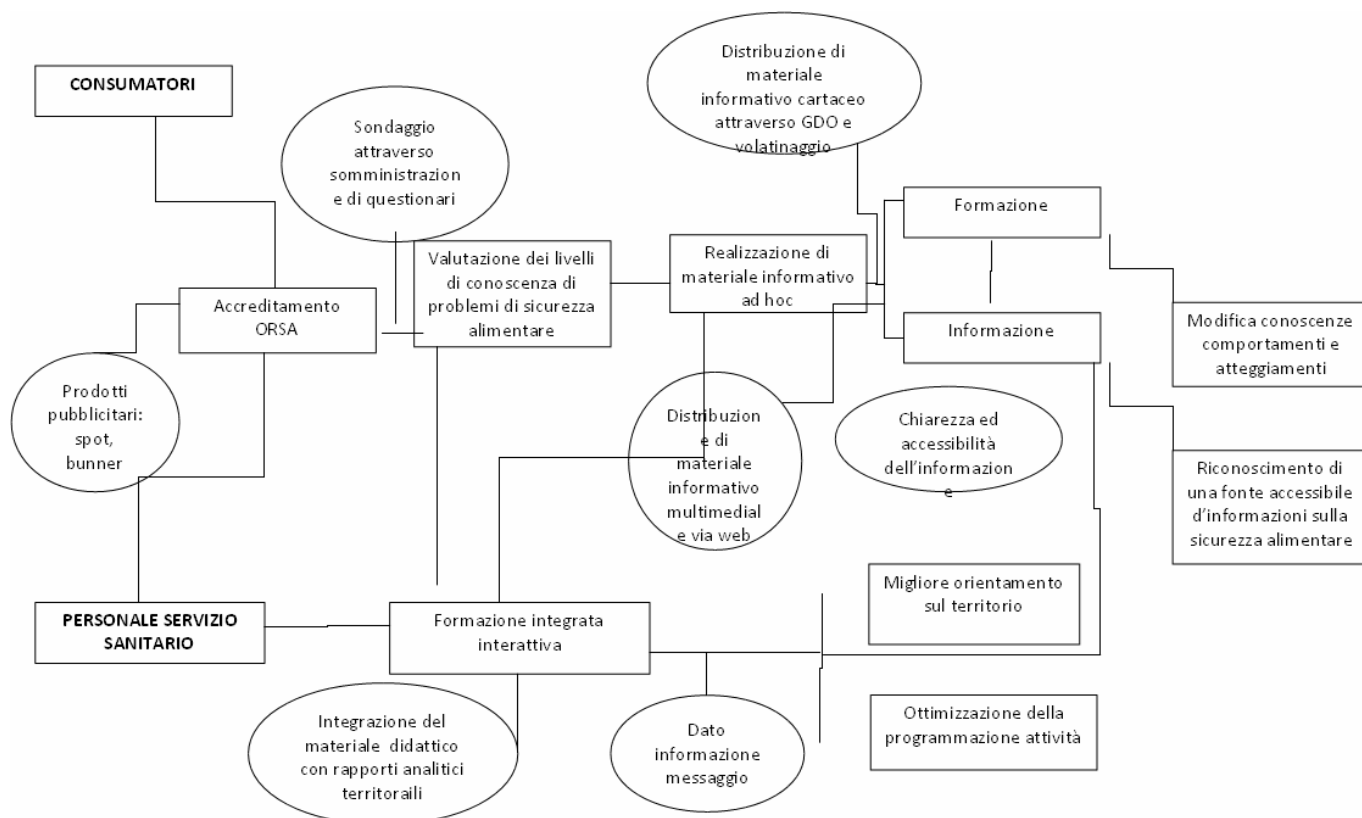
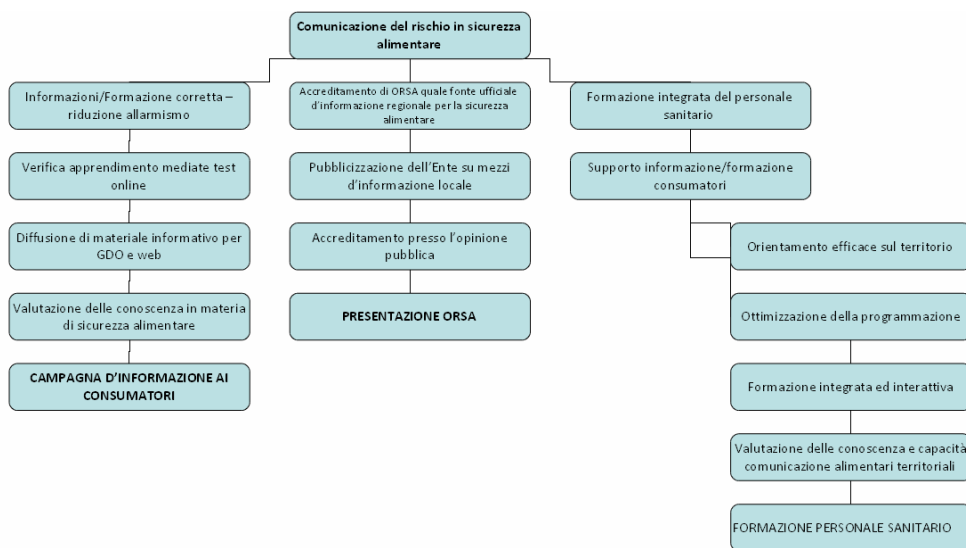


Fig.1. Modello logico (La comunicazione del rischio in sicurezza alimentare: un passo importante verso la prevenzione)



Albero degli obiettivi (La comunicazione del rischio in sicurezza alimentare: un passo importante verso la prevenzione)

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo	Fornire al personale del Servizio Sanitario			

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

generale	informazioni utili sulle attività che vengono svolte dall'Orsa nonché rendere noti eventuali aggiornamenti di carattere scientifico/normativo. Rendere noti alla popolazione ed alle altre categorie coinvolte i rischi sanitari, i comportamenti atti a ridurli e l'attività che l'Istituzione svolge per tutelare la salute pubblica, con la finalità di consolidare il rapporto di fiducia con il pubblico e, nel contempo, di promuovere la propria immagine sul territorio.			
Obiettivo specifico	Identificare una fonte attendibile e accessibile di notizie inerenti la sicurezza alimentare; attivare campagne di formazione ed informazione mirata destinate a tutti i consumatori, grandi e piccoli; integrare la formazione del personale sanitario .	Conoscenze e capacità di comprensione Capacità di applicare conoscenza e comprensione Conoscenze e capacità di comprensione Abilità comunicative Autonomia di giudizio Capacità di apprendimento	Test on-line Test scritti Report Orsa N. di accessi al sito web Volume di materiale distribuito	Disponibilità risorse finanziarie Partecipazione dei servizi pubblici
Risultati attesi 1	Accreditamento dell'ORSA come fonte ufficiale sui temi della sicurezza alimentare	N. di accessi al sito web N. di commenti agli articoli N.di contatti telefonici N.di contatti via mail N.di registrati al sito	Volume di materiale distribuito Rapporti sull'attività del sito Rapporti sulle attività di Orsa in relazione alla comunicazione	Ritardi della società gestore Ritardi costituzione gruppo di lavoro Tempi di chiusura contarti ed isponibilità delle società. Temi di diffusione
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Produzione di materiale pubblicitario	Supporto didattico e strumentale Supporti tecnici e strumenti didattici	Produzione di spot audio/video €10.000 Produzione di banner €5.000	
Attività 1.2	Diffusione del materiale prodotto	Divulgazione materiale	Contratto con circuito Grandi stazioni e Videometro News Network €25.000 Contratto con mezzi	

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

			d'informazione regionali on-line € 25.000	
			Costo totale attività €65.000	
Risultati attesi 2	Progettazione e realizzazione di campagne di informazione destinate all'utenza	Registrazione delle attività di formazione Quantità materiali divulgativo prodotto e distribuito	Registrazione degli eventi Elenco partecipanti Elenco scuole che aderiscono Adesione delle associazioni Materiale stampato e distribuito	Scarsa adesione delle scuole Scarsa adesione dei delle associazioni Risorse econom.
		Mezzi	Costi	
Attività 2.1	Sondaggio sulle conoscenze in materia di sicurezza alimentare in diversi gruppi di consumatori	Supporto didattico (ppt) e strum. materiale divulgativo	Organizzazione dell'evento €10.000	
Attività 2.2	Elaborazione di materiale informativo specifico	Supporto didattico (ppt) e strumentale Materiale divulgativo	Stampa materiale € 30.000	
Attività 2.3	Distribuzione del materiale informativo attraverso la GDO o il sito web orsa	Supporto didattico (ppt) e strumentale Materiale divulgativo	Contratto con GDO Allestimento corner in GDO €25.000	
Attività 2.4	Verifica dell'apprendimento mediante test on-line	Supporto didattico (ppt) e strumentale	Gestione web € 10.000	
			Costo totale attività €75.000	
Risultati attesi 3	Integrare ed implementare la formazione del personale del servizio sanitario mediante realizzazione di 3 corsi di formazione	Supporto didattico (ppt) e strumentale Materiale divulgativo	Registrazione degli eventi Elenco partecipanti Iscrizione ministero corso ECM Materiale stampato e distribuito	Scarsa adesione dei veterinari
		Mezzi	Costi	
Attività 3.1	Corsi di formazione	Supporto didattico (ppt) e strumentale	Organizzazione dell'evento €8000	

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

			Stampa materiale € 10000	
			Costo totale attività €18.000	
			<b>COSTO TOTALE PROGETTO € 158.000</b>	

Fig.3. Quadro logico (La comunicazione del rischio in sicurezza alimentare: un passo importante verso la prevenzione)

*Cronogramma delle attività*

Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	2010			2011			2012				
1.1	Produzione di materiale pubblicitario	Referente attività			x	x	x							
1.2	Diffusione del materiale prodotto	Referente attività						x	x					
2.1	Sondaggio sulle conoscenze in materia di sicurezza alimentare in diversi gruppi di consumatori	Orsa						x	x	x				
2.2	Elaborazione di materiale informativo specifico	Orsa							x	x	x			
2.3	Distribuzione del materiale informativo attraverso la GDO o il sito web orsa	Referente attività										x	x	
2.4	Verifica dell'apprendimento	Orsa web											x	x
3.1	Corsi di formazione	Orsa						x	x	x	x	x	x	

*Referenze*

1. The EFSA Journal [www.efsa.europa.eu](http://www.efsa.europa.eu)
2. European Commission. Project Cycle Management, guidelines. Disponibile all'indirizzo <http://ec.europa.eu/>
3. Formazione professionale continua ed e-learning: l'esperienza italiana ,Parma, 26 marzo 2004
4. M. Di Martino Biblioteca Universitaria di Napoli
5. Peter Bennet e Kenneth Calman, Risk communication and public health, Oxford University Press, 2001.
6. Amelia Cocomazzi, "La comunicazione del rischio per la sicurezza" ,Il Diritto Alimentare, Anno III numero 4 novembre-dicembre 2009.
7. [Regolamento \(ce\) n. 178/2002 del parlamento europeo e del consiglio del 28 gennaio 2002](#)

## **1.1 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 16: Comunicazione integrata dei dati delle sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini (Quadro d'Insieme n° 2.9.1)**

#### *Numero identificativo della linea di intervento*

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione, sedentarietà, fumo di tabacco, alcol e altre dipendenze)

#### *Breve descrizione dell'intervento programmato*

##### *Razionale dell'intervento*

In Campania, come in Italia e nel resto dei Paesi a reddito medio-alto, le malattie cronico-degenerative rappresentano le prime cause di morbosità e mortalità della popolazione.

Per monitorare entità ed andamento del fenomeno (incidenza, prevalenza e fattori di rischio) oltre le tradizionali banche dati già attive da anni a livello regionale, recentemente si sono sviluppati i “nuovi” sistemi di sorveglianza (SiS), particolarmente centrati sulla descrizione dei determinanti di salute. Nello specifico, negli ultimi 4 anni si è assistito ad un rafforzamento del sistema di sorveglianza PASSI mentre si sono rapidamente ed efficacemente sviluppati i “nuovi” sistemi di indagine: OKkio alla Salute, HBSC e Passi d'Argento.

Il sistema che si va strutturando è caratterizzato da una notevole complessità: se da un lato si hanno a disposizione numerose fonti informative di ottima qualità, dall'altra emerge la necessità di sviluppare al meglio le potenzialità di tali risorse.

Per poter pienamente sfruttare il possibile utilizzo di una così ampia mole di dati e per fare in modo che essa diventi risorsa immediatamente fruibile da parte di decisori e operatori, è indispensabile perfezionare un governo unitario che promuova un'efficace integrazione tra tali sistemi, sia a livello regionale sia a livello aziendale, e che sviluppi un piano di comunicazione attiva dei risultati in favore dei principali utilizzatori e i principali gruppi di interesse.

La produzione periodica del “profilo di salute”, sia a livello regionale sia a livello aziendale, inoltre, è un prezioso strumento di programmazione, la cui realizzazione va certamente promossa e sostenuta: partendo dai dati delle sorveglianze e di altri sistemi informativi costituisce uno strumento di lettura immediata dello stato di salute della popolazione e, contestualmente, di definizione delle priorità di “interventi per la salute”, consentendo ai decisori un ponderato investimento delle risorse.

##### *Obiettivi generali*

Favorire l'adozione di comportamenti salutari dei cittadini attraverso la conoscenza dei dati locali relativi ad abitudine al fumo, consumo d'alcol, stato nutrizionale e attività fisica nell'ambito degli interventi di promozione della salute.

*Risultati attesi (in 2 anni)*

- Creazione (riconoscimento istituzionale) di un unico gruppo tecnico regionale, presso l'OER dell'Assessorato alla Sanità, relativo ai SiS
- Creazione (riconoscimento istituzionale) di un unico gruppo tecnico aziendale, presso le singole Asl, relativo ai SiS
- Produzione dei report regionali ed aziendali, ove previsto
- Produzione dei Profili di Salute regionale ed aziendali
- Istituzione del "Tavolo Regionale sugli Stili di Vita"
- Realizzazione di un progetto di formazione alla comunicazione in favore del gruppo tecnico regionale e dei gruppi tecnici aziendali
- Messa a punto di un programma triennale da parte dei gruppi tecnici regionale ed aziendali
- Prevedere un incontro a cadenza trimestrale tra il gruppo tecnico regionale e quelli aziendali
- Favorire la piena realizzazione di tutto il progetto "Sostegno alle funzioni di interfaccia tra la regione Campania ed il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie – 2008", con particolare riferimento alle aree prioritarie relative ai SiS.

*Azioni principali*

*Azioni a livello regionale*

- Costituire di un unico gruppo tecnico presso l'OER su tutti i SiS per produrre, gestire e coordinare in maniera integrata e rendere fruibili le informazioni prodotte dai principali SiS (OKkio alla Salute, HBSC, PASSI, Passi d'Argento ed eventuali altri sistemi informativi). Favorire e sostenere la formazione in favore dei componenti del gruppo tecnico e le loro attività.
- Favorire e sollecitare comunicazione e collaborazione tra gruppo tecnico regionale sui SiS ed i gruppi tecnici nazionali, responsabili del coordinamento centrale dei singoli SiS.
- Invitare i Direttori Generali delle Asl a costituire un gruppo tecnico aziendale per la realizzazione e per la gestione integrata dei SiS e delle informazioni da essi prodotte.
- Produrre Report regionali sui risultati dei singoli SiS
- Produrre Report regionali monotematici sui sui fattori di rischio, riportando contemporaneamente informazioni dai diversi SiS
- Formare i referenti aziendali relativamente alla raccolta dei dati e alla realizzazione dei report aziendali
- Organizzare un corso di formazione intensivo su contenuti, metodo e strategie di comunicazione in salute pubblica, da offrire ai gruppi tecnici regionale ed aziendali in collaborazione con Agenzie specializzate di provata esperienza nel campo. Il corso prevedrà 5 incontri residenziali, non consecutivi, di 2 giornate e un corso distanza attraverso la piattaforma Goal, rinforzati dai percorsi "Fad" erogati dal progetto Pinc
- Produrre e diffondere il Profilo di Salute della popolazione regionale con cadenza triennale
- Formare i referenti aziendali per la produzione dei Profili di Salute aziendali.
- Rendere disponibili, con opportuna regolamentazione, in maniera integrata le basi dati prodotte dai SiS
- Istituire un "Tavolo Regionale sugli Stili di Vita" con la partecipazione di enti ed istituzioni interessati alla promozione di stili di vita salutari, capace di supportare l'organizzazione di interventi multisettoriali integrati
- Promuovere azioni di marketing sociale, in collaborazione con il "Tavolo Regionale sugli Stili di Vita", attraverso i mezzi di comunicazione regionali ricorrendo, ove necessario, ad agenzie di comunicazione specializzate.
- Contribuire al coordinamento dei gruppi tecnici aziendali favorendo l'unitarietà di programmi ed azioni tra le diverse asl.
- Contribuire all'ideazione del piano di comunicazione delle Asl relativamente ai risultati dei SiS.



*Azioni a livello delle Asl*

- Costituire un coordinamento dei SiS ovvero un gruppo tecnico aziendale unico relativo a tutti i SiS per la loro concreta realizzazione ed integrazione. Tale gruppo di coordinamento è individuato all'interno delle strutture di Epidemiologia e Prevenzione dei Dipartimenti di Prevenzione o, laddove esistenti, nelle unità organizzative degli stessi, dedicate alla sorveglianza delle malattie croniche.
- Garantire al gruppo tecnico aziendale ed agli operatori sanitari coinvolti nell'espletamento delle indagini le risorse umane e strumentali necessarie per le attività connesse alla sorveglianza ed alle operazioni di comunicazione dei risultati.
- Individuare personale da formare per la rilevazione dei dati di sorveglianza (afferente alla unità organizzativa del coordinatore e/o appartenente alle specifiche aree di interesse dei rispettivi sistemi, opportunamente individuato dai Direttori di Struttura Complessa di riferimento)
- Formare gli operatori sanitari per permettere la raccolta dei dati nel corso delle indagini
- Garantire l'interfaccia con il gruppo tecnico regionale per la migliore realizzazione dei SiS e per la comunicazione dei dati raccolti nelle indagini.
- Scrittura dei report aziendali ove prodotti.
- Produrre un Profilo di Salute aziendale con cadenza triennale
- Ideare, organizzare e realizzare un piano di comunicazione in favore dei principali gruppi di interesse locali circa le informazioni prodotte dai SiS.

*Attori*

- Assessorato alla Sanità, OER
- Gruppo Tecnico Regionale dei SiS
- AASSLL, Direzioni Generali, Dipartimenti di Prevenzione
- Gruppi Tecnici Aziendali dei SiS

*Portatori di interesse*

- Pediatri e Medici di famiglia
- Piani Sociali di Zona
- Servizi Sociali dell'Asl e dei Comuni
- Comuni (Urbanistica, Trasporti e Mobilità, Ambiente, Politiche Sociali ed Educative)
- Ufficio Scolastico Regionale
- Assessorato ai trasporti
- Associazioni del Commercio e dei Consumatori
- Altri principali Gruppi di Interesse degli ambiti dei diversi SiS

*Possibili criticità*

- Individuazione di membri dei gruppi tecnici aziendali non dotati della necessaria esperienza
- Insufficienti risorse messe a disposizione dei gruppi tecnici per la realizzazione delle operazioni di svolgimento delle azioni dei SiS
- Cambio delle direzioni strategiche delle asl

*Sistema di valutazione*

Vedi tabella sottostante

*Cronoprogramma*

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Mese di attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	18	20	21	22	24	
<b>Attività Regionali</b>																					
Costituire gruppo tecnico presso l'OER su tutti i SiS																					
Produrre Report regionali dei SiS																					
Produrre Report regionali monotematici sui fattori di rischio																					
Organizzare e realizzare un corso di formazione intensivo su contenuti, metodo e strategie di comunicazione in salute pubblica																					
Produrre Profilo di Salute regionale con cadenza triennale																					
Rendere disponibili le basi di dati prodotte dai SiS																					
Istituire un "Tavolo Regionale sugli Stili di Vita"																					
Promuovere azioni di marketing sociale																					
<b>Attività aziendali</b>																					
Costituire un gruppo tecnico aziendale unico relativo a tutti i SiS																					
Formare gli operatori sanitari per permettere la raccolta dei dati nel corso delle indagini																					
Scrittura dei report aziendali ove prodotti																					
Produrre un Profilo di Salute aziendale con cadenza triennale																					
Garantire l'interfaccia con il gruppo tecnico regionale																					
Ideare, organizzare e realizzare un piano di comunicazione in favore dei principali gruppi di interesse locali circa le informazioni prodotte dai SiS																					

Beneficiari

- Popolazione generale
- Politici e decisori degli ambiti sanitario e sociale, sia a livello regionale che aziendale
- Principali gruppi di interesse coinvolti

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo)

Favorire l'adozione di comportamenti salutari dei cittadini attraverso la conoscenza dei dati locali relativi ad abitudine al fumo, consumo d'alcol, stato nutrizionale e attività fisica nell'ambito degli interventi di promozione della salute.

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Verifica			
			Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			atteso	osservato	atteso	osservato
Costituzione Gruppo Tecnico Regionale "SiS" c/o OER - Assessorato Sanità	Delibera G.R.C.	Non presente	presente		presente	
Costituzione Gruppi Tecnici Aziendali "SiS" c/o AASSLL	Delibere Aziendali	Non presente	presente		presente	
Produzione dei report regionali ed aziendali, ove previsto	Sito WEB di Epicentro o siti dedicati	Report regionali - anni di rilevazione fino al 2008	Report regionale ed almeno il 25% dei report aziendali previsti		Report regionale ed almeno il 66% dei report aziendali previsti	
Produzione dei Profili di Salute regionale ed aziendali	Sito WEB regionale ed aziendali		Report regionale ed almeno il 25% dei report aziendali previsti		Report regionale ed almeno il 66% dei report aziendali previsti	
Istituzione del "Tavolo Regionale sugli Stili di Vita"	Delibera G.R.C.	Non presente	presente		presente	
Realizzazione di un progetto di formazione per gli operatori della rete dei SiS regionale	Delibera G.R.C.	Non presente	presente		presente	
Incontri a cadenza trimestrali "GT regionale" e "GT aziendali"	Verbali di riunione	Non applicabile	Realizzazione di 4 incontri		Realizzazione di 8 incontri	
Ideare, organizzare e realizzare un piano di comunicazione in favore dei principali gruppi di interesse locali circa le informazioni prodotte dai SiS	Sito WEB di Epicentro o siti dedicati	Non applicabile	Completamento dell'intero piano di comunicazione per almeno 1 degli argomenti trattati da ogni SiS		Completamento dell'intero piano di comunicazione per almeno 4 degli argomenti trattati da ogni SiS	

**Progetto 17: Progetto sperimentale relativo alla messa a punto di un sistema di sorveglianza su alcuni indicatori di salute nei primi due anni di vita del bambino, attraverso l'utilizzo del sistema informativo dei centri vaccinali di distretto (Quadro d'Insieme n° 2.9.2).**

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

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

Breve descrizione dell'intervento programmato

*Razionale dell'intervento*

I sistemi di sorveglianza (SiS) attualmente in essere considerano tutte le età della vita a partire dalla scuola primaria; manca, al momento, un SiS che descriva i principali indicatori di salute relativi ai primi anni di vita del bambino.

Gli interventi precoci di prevenzione nelle prime epoche della vita sono stati dimostrati essere efficaci nel migliorare sensibilmente la salute attuale e futura del bambino. Per valutare l'efficacia di tali interventi preventivi è necessaria una fonte informativa affidabile e rappresentativa. Una possibile fonte informativa relativa a questo gruppo di età, in effetti, esiste: si tratta del libretto regionale di salute del bambino. Tale strumento, introdotto da più di un decennio, al momento non riesce a fornire informazioni rappresentative della popolazione pediatrica per vari possibili motivi, tra cui i principali sono i seguenti: non tutti i bambini si recano dal pediatra di famiglia; le informazioni riportate sul libretto di salute non sono riportate su supporto informatizzato.

Le coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie, in Campania, sono > 90%: un sistema informativo che utilizzi l'ufficio vaccinale come sorgente delle informazioni, dunque, avrebbe un'alta probabilità di essere caratterizzato da una più che soddisfacente rappresentatività.

Potrebbe permettere, inoltre, un'analisi delle disuguaglianze in salute ed una successiva concreta sensibilizzazione dei Pediatri di Famiglia sulla necessità di migliorare l'informazione offerta alle famiglie appartenenti a classi sociali meno abbienti.

Più del 70% degli uffici vaccinali campani utilizza un sistema informatico per la registrazione delle avvenute vaccinazioni ed è attivo e ben funzionante il flusso di dati centralizzato presso l'OER.

Inoltre, un gruppo regionale che si occupa della sorveglianza e della promozione dell'allattamento al seno in alcuni uffici vaccinali della regione, ha sperimentato la copertura della raccolta periodica su materiale cartaceo di informazioni relative alla pratica dell'allattamento al seno, riportando risultati interessanti.

Tanto premesso, si ritiene opportuno valutare, in via sperimentale ed in un contenuto numero di uffici vaccinali, la fattibilità e l'efficacia dell'utilizzo dei sistemi informativi degli uffici vaccinali per la registrazione di informazioni che descrivano l'effetto di interventi di prevenzione realizzati in gravidanza e nei primi 2 anni di vita del bambino.

Ecco di seguito gli indicatori di salute che si intende validare:

- Allattamento al seno (AS). Presenta enormi vantaggi sulla salute sia del bambino che della madre. Nella nostra regione la percentuale di allattati al seno a 6 mesi sembra essere una delle più basse dell'intero Paese..
- Fumo passivo. In Italia ogni anno è possibile attribuire al fumo passivo il 17% dei casi di SIDS, il 21% delle infezioni respiratorie nei primi due anni di vita e il 9% dei casi d'asma. E' dimostrata, inoltre, l'associazione fra fumo passivo in età pediatrica e aumento del rischio di tumori.
- Posizione durante il sonno. E' noto che la posizione "a pancia sotto" durante il sonno è associata ad un maggiore rischio di morte improvvisa nel primo anno di vita. La promozione della posizione supina durante il sonno nei primi 6 mesi di vita riduce la mortalità post-neonatale .

- Frequenza di un corso di accompagnamento alla nascita. Soltanto una donna su 10, in Campania, frequenta un corso di accompagnamento alla nascita. Una tale pratica è associata ad un miglior esito della gravidanza, del parto e della salute del bambino nel primo anno di vita.
- Lettura ad alta voce nel primo anno di vita. Numerose ricerche descrivono gli effetti positivi della lettura ad alta voce da parte dei genitori nel primo anno di vita del bambino<sup>(16)</sup>.
- Utilizzo del seggiolino di sicurezza in auto. La possibilità di ridurre -con interventi di prevenzione efficaci ed efficienti- morbosità e mortalità da incidenti stradali è ben nota.

#### *Obiettivi generali*

Valutare la possibilità di utilizzare il Centro Vaccinale di distretto come nodo di un sistema di sorveglianza sulla salute dell'infanzia, a sostegno degli interventi di promozione della salute in gravidanza ed nelle prime epoche di vita del bambino.

#### *Risultati attesi (in 2 anni)*

- Raccolta e centralizzazione di informazioni relative alla salute del bambino nei primi 2 anni di vita. In particolare le informazioni riguarderanno: frequenza del corso di accompagnamento al parto, allattamento al seno, fumo passivo, posizione durante il sonno del bambino, lettura ad alta voce nel primo anno di vita, utilizzo del seggiolino di sicurezza in auto.
- Valutazione di efficacia ed efficienza del sistema informativo dei Centri Vaccinali nel rappresentare un nodo del SiS di alcuni determinanti di salute nel primo anno di vita.

#### *Azioni principali*

##### *Azioni a livello regionale*

- Messa a punto del progetto nei dettagli
- Coinvolgimento di 3 uffici vaccinali in 3 delle 7 asl della regione, in cui sia attivo il sistema informativo vaccinale tele-informatico
- Definire un accordo con la/le società che gestisce il software informatico presso gli uffici vaccinali individuati per la partecipazione al progetto sperimentale
- Formazione degli operatori degli uffici vaccinali per la raccolta delle informazioni
- Monitoraggio e controllo delle procedure
- Centralizzazione del sistema informativo
- Produzione di reports periodici da restituire agli uffici vaccinali
- Verifiche interne ed audit tra gli operatori coinvolti

##### *Azioni a livello delle Asl*

- Coinvolgimento di 9 distretti sanitari in 3 asl della regione
- Recepimento del progetto ed individuazione dei referenti da parte delle direzioni aziendali
- Formazione degli operatori
- Raccolta informazioni al momento della vaccinazione al 3°, 5°, 12°, 15°, 24° mese di vita del bambino

#### *Attori*

- OER
- Asl
- Distretti sanitari
- Operatori degli uffici vaccinali coinvolti
- Famiglie

*Portatori di interesse*

- Pediatri di famiglia
- Assessorato regionale alla sanità

*Possibili criticità*

- Scarsa partecipazione da parte delle direzioni delle asl o da parte dei distretti sanitari
- Mancanza di tempo da parte degli operatori dell'ufficio vaccinale
- Mancata collaborazione società informatiche

*Sistema di valutazione*

Indicatori di salute	Definizione di caso
donne che hanno partorito e che hanno frequentato un corso di accompagnamento alla nascita;	Donna che ha partecipato al corso, pubblico o privato, durante la gravidanza del bambino portato al Centro OR che ha partecipato al corso in occasione delle gravidanze precedenti.
lattanti che ricevono latte materno in modo esclusivo, predominante o parziale in occasione delle prime 2 somministrazioni dei vaccini del ciclo primario al 3°, 6° mese circa di vita;	Lattante che, nelle 24 ore precedenti la somministrazione della 1a e 2a dose delle vaccinazioni del ciclo primario è stato alimentato con allattamento esclusivo-predominante, parziale, artificiale (WHO).
lattanti che mantengono una predominante posizione supina durante il sonno al 3° e 6° mese di vita.	Lattante che durante il sonno mantiene una posizione predominante supina in occasione delle prime 2 vaccinazioni del ciclo primario.
lattanti/bambini esposti al fumo passivo di uno/entrambi i genitori o conviventi;	Lattante che vive in una abitazione in cui fuma o il padre o la madre o un altro dei conviventi.
lattanti ≥ 6 mesi esposti alla lettura ad alta voce da parte dei genitori	Lattante ≥ 6 mesi che riceve una lettura "ad alta voce" da parte di un genitore ≥ 5 volte/settimana, indipendentemente dalla durata.
lattanti/bambini che vengono adeguatamente tenuti nel seggiolino per il trasporto in automobile;	Lattante che viene messo usualmente nell'apposito seggiolino e adeguatamente ad esso assicurato quando viaggia in automobile.

*Cronoprogramma*

Mese di attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	18	20	21	22	24
<b>Attività regionali</b>																				
Messa a punto del progetto nei dettagli																				
Coinvolgimento degli uffici vaccinali																				
Definire un accordo con la/le società che gestisce il software informatico presso gli uffici vaccinali individuati per la partecipazione al progetto sperimentale																				
Formazione degli operatori degli uffici vaccinali per la raccolta delle informazioni																				
Monitoraggio e controllo delle procedure																				
Centralizzazione del																				

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

sistema informativo																						
Produzione di reports periodici da restituire agli uffici vaccinali																						
Verifiche interne ed audit tra gli operatori coinvolti																						
<b>Attività nelle Asl</b>																						
Coinvolgimento diei distretti sanitari in 3 asl della regione																						
Recepimento del progetto ed individuazione dei referenti da parte delle direzioni aziendali																						
Formazione degli operatori																						
Raccolta informazioni al momento della vaccinazione al 3°, 5°, 12°, 15°, 24° mese di vita del bambino																						

Beneficiari

- Bambini e famiglie
- AASSLL
- OER

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti in 2 anni

Ottenere informazioni sulla salute del bambino nei primi 2 anni di vita, per monitorare i cambiamenti in relazione ad alcuni importanti determinanti di salute, concretamente migliorabili mediante opportuni interventi di prevenzione

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Distretti invitati a partecipare che sono stati realmente coinvolti	Registro Regionale delle attività	0	60%		80%	
Distretti realmente coinvolti in cui il progetto si è realizzato in modo soddisfacente	Registro Regionale delle attività	0	50%		70%	
Operatori formati al progetto	Registro Regionale delle attività	0	60%		90%	
Operatori soddisfatti dell'evoluzione del progetto	Studio qualitativo	0	60%		80%	

**Progetto 18: Promozione dell'Attività Fisica, della Corretta Alimentazione e di altri stili di vita salutari: Guadagnare Salute nel bambino nell'età della scuola primaria (Quadro d'Insieme n° 2.9.3)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

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

Introduzione

L'alta prevalenza di comportamenti e stili di vita dannosi (sedentarietà, errata alimentazione) e la più alta prevalenza di obesità tra gli alunni della scuola primaria che caratterizzano la Campania rispetto a tutte le altre regioni italiane (fonte: OKkio alla Salute 2008 e 2010) richiedono interventi tempestivi caratterizzati dalla migliore efficacia possibile.

In Campania, negli ultimi anni, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla promozione di stili di vita salutari nella scuola primaria. Tali interventi non hanno probabilmente raggiunto l'effetto desiderato per diversi motivi: carenza di un'adeguata progettazione, assenza/carenza di adeguati sistemi di monitoraggio e valutazione, non individuazione di chiare e precise responsabilità, insufficiente partecipazione dei diversi gruppi di interesse, episodicità.

Tra i numerosi interventi realizzati nelle scuole primarie campane negli ultimi anni, due sono ancora in itinere e meritano menzione: Crescere Felix ed il Progetto Quadrifoglio.

Crescere Felix (CF) rappresenta il progetto regionale del PRP 2005-2007. Esso, oltre a prevedere linee progettuali riguardanti l'allattamento al seno, lo svezzamento, la refezione scolastica e la gestione dell'obesità e dei relativi percorsi assistenziali, ha incluso la promozione delle azioni di contrasto all'epidemia di sovrappeso-obesità tra gli alunni delle scuole primarie della Campania; relativamente a quest'ultima linea progettuale, il progetto CF al momento sta concludendo la formazione degli operatori sanitari e dall'inizio del prossimo anno solare sono programmati gli interventi di formazione dei docenti della scuola primaria.

Il Progetto Quadrifoglio (PQ), oltre a trattare anche i temi del fumo (per la scuola secondaria) e dell'alcol, è un progetto dai contenuti simili alla linea progettuale di CF relativamente alla promozione degli stili di vita salutari e riguarda la sola Asl Napoli 1 Centro. Il PQ ha, quindi, una struttura certamente solida: una ricognizione effettuata dal Formez per conto del Ministero della Salute lo individua tra i 6 migliori progetti -su 339 censiti- di educazione alimentare e promozione dell'attività fisica sull'intero territorio nazionale. Per tali motivi il Progetto Guadagnare Salute in Adolescenza del Ministero della Salute-CCM, coordinato dalla Regione Piemonte, l'ha indicato, insieme al progetto Ragazzi in Gamba dell'AUSL Verona e a Paesaggi di Prevenzione della Regione Emilia-Romagna, come buona pratica da proporre a tutte le Regioni (con la denominazione "Progetto Promozione dell'Attività Fisica e della Corretta Alimentazione - GSA). Quindici regioni hanno deliberato di adottare una sintesi dei suddetti 3 progetti sul proprio territorio: a partire dal febbraio 2011 un'equipe costituita da operatori del PQ, dell'AUSL di Verona e della Regione E-R, avranno il compito di formare i referenti delle 15 regioni italiane e di accompagnarli nell'applicazione del progetto nella loro realtà territoriale.

E' auspicabile, inoltre, fare in modo che le azioni che si realizzano nella scuola possano avere -in maniera continuativa e non episodica- la massima eco possibile sui media locali e regionali: in particolare, si valuterà la possibilità di promuovere con continuità, a livello regionale e locale, alcuni momenti forti nel corso dell'anno scolastico (preferibilmente 3/anno) in cui, nel corso della stessa settimana e contestualmente in tutte le scuole coinvolte dal progetto, si promuova in modo più approfondito uno stile di vita salutare. Tale iniziativa, in quanto contemporanea in ciascuna asl, potrà certamente avere un'eco



significativa sui media regionali e local. Si ritiene opportuno, comunque, per la messa a punto di campagne di comunicazione di questo tipo, il possibile ricorso ad un'agenzia di comunicazione esperta in *social marketing* per la salute.

### Breve descrizione dell'intervento programmato

#### *Razionale dell'intervento*

La Scuola rappresenta un luogo privilegiato ove poter diffondere tra gli alunni, con l'insostituibile collaborazione dei docenti, le conoscenze relative agli stili di vita salutari e promuovere atteggiamenti e comportamenti che contrastino lo sviluppo dei disturbi dello stato nutrizionale, primi tra tutti il sovrappeso e l'obesità. E' indispensabile che nella regione si realizzino interventi che abbiano già dimostrato una certa efficacia nel contesto locale e che prevedano strategie e procedure che possano garantire esiti favorevoli: un diretto riferimento ad altre esperienze (*Evidence Based Prevention*), un adeguato coinvolgimento dei Gruppi di Interesse, una reale e concreta integrazione tra i diversi attori, adeguati sistemi di monitoraggio e valutazione, un'attenta ed efficace strategia di comunicazione. Alla luce dei fatti e dei riconoscimenti ricevuti da autorevoli agenzie nazionali, un ottimo modello degli interventi da realizzare e valutare in Campania, in quanto già operativo, nella scuola primaria e nella secondaria di primo grado, è costituito dall'esperienza del Progetto Promozione dell'Attività Fisica e della Corretta Alimentazione - Guadagnare Salute in Adolescenza (GSA). È opportuno quindi che le attività del progetto CF in corso di implementazione in Campania e riguardanti la linea progettuale relativa alla promozione degli stili di vita salutari in ambito scolastico, vengano vagliate alla luce dei principi ispiratori del nuovo PNP 2010-2012 e si integrino con le attività (formazione, contenuti, metodologie e strategie) del progetto GSA: sarà possibile, pertanto, offrire a tutte le scuole dell'intera regione un'unica esperienza di lavoro. La proposta di un progetto unitario in tutte le asl ed in tutte le scuole primarie della regione avrà certamente notevoli vantaggi: ridurrà la confusione causata dalla presenza di diverse proposte, migliorerà la sincronia delle azioni, migliorerà sensibilmente la *compliance* sia degli operatori della salute che della scuola, favorirà un ubiquitario progetto di monitoraggio e di valutazione, si gioverà di un unico ampio auspicabile progetto di comunicazione su base regionale, permetterà un più efficiente investimento delle risorse.

Si preferirà un approccio globale e non per singoli determinanti: il progetto, dunque, prevederà la contestuale promozione dei più importanti stili di vita salutari relativi a questa fascia di età, ossia la riduzione della sedentarietà, la promozione dell'attività motoria, il miglioramento dell'alimentazione e la prevenzione dell'abuso di alcol.

Le azioni proposte si concentreranno, oltre che sulla trasmissione delle conoscenze, sulla promozione dello sviluppo delle competenze sia da parte dei docenti che degli alunni stessi.

Verrà promossa un'integrazione, anzi, una vera e propria "alleanza" tra gli operatori della scuola e quelli della salute, finalizzata ad impiantare un percorso non episodico di promozione della salute realizzata concretamente dai docenti ma sostenuta, adeguatamente preparata, monitorata e valutata dagli operatori della salute. Una tale "alleanza" dovrà poi favorire il necessario passaggio "da progetto a sistema", mettendo le basi per un'attività continuativa di promozione della salute che, nel tempo, potrà diventare parte integrante di una routine educativa della popolazione attraverso la scuola.

Si promuoverà l'intersectorialità tra i diversi attori istituzionali e socio-economici, al fine di promuovere una continuativa produzione di azioni e messaggi coerenti tra loro e con la migliore evidenza scientifica disponibile: a tale scopo si ricorda la necessità e le potenzialità "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" di cui si è trattato nel contesto della Sorveglianza.

Un'attenzione particolare alle disuguaglianze: è noto che nei gruppi di popolazione caratterizzati da un basso livello socio-economico si concentrano comportamenti non salutari e un'alta prevalenza di obesità. Questa fascia della popolazione è anche quella meno raggiunta dagli interventi di promozione della salute: va fatto ogni sforzo, dunque, per evitare di escludere tali famiglie dal presente progetto di promozione della salute.

C'è la chiara consapevolezza che ci troviamo in un contesto di intervento-ricerca: è noto che il successo degli interventi di Salute Pubblica, ancor più nel peculiare contesto campano gravato dalla straordinaria diffusione di stili di vita dannosi per la salute, è determinato da numerosi fattori, molti dei quali poco controllabili: si sottolinea, dunque, che monitoraggio e valutazione sono considerati come una "*conditio sine qua non*" per permettere l'individuazione delle possibili criticità, al fine di assicurare, nel tempo, l'individuazione e la messa a punto delle migliori pratiche che possano favorire il complesso passaggio da un episodico progetto di Salute Pubblica a "sistema educante".

### *Obiettivi generali*

*Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile.*

*Promozione di abitudini, comportamenti e stili di vita salutari riguardanti: la riduzione della sedentarietà ed un'adeguata attività fisica, una corretta alimentazione, la prevenzione dell'abuso di alcol.*

### *Risultati attesi (in 2 anni)*

- Il 15% di tutte le classi della scuola primaria della Campania ha ricevuto una formazione specifica sul progetto (con almeno uno dei docenti della classe)
- Il 70% delle classi della scuola primaria della Campania coinvolte nella formazione ha partecipato al progetto in modo soddisfacente
- L'80% delle famiglie degli alunni delle classi partecipanti è stato coinvolto dal progetto
- E' stata realizzato un unico ampio progetto di comunicazione regionale sulla promozione degli stili di vita in età evolutiva
- E' stata realizzata, in ciascuna Asl campana, almeno una iniziativa pubblica/anno di comunicazione alla popolazione, con la partecipazione delle scuole e degli operatori sanitari e con il coinvolgimento dei media locali e regionali, sulla realizzazione del progetto e sui suoi obiettivi

### *Azioni principali*

#### *Azioni a livello regionale*

- Individuazione di precise responsabilità del progetto ed in particolare dei coordinatori delle seguenti aree/azioni: coordinamento generale, formazione, "Tavolo Scuola-Salute", partecipazione al "Tavolo regionale Stili di Vita" e rapporto con i Gruppi di Interesse e con i mezzi di comunicazione, monitoraggio e valutazione.
- Coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale (USR) e stesura di un protocollo di intesa con il quale si condividano obiettivi e metodologie, grazie anche al "Tavolo Scuola e Salute" che dovrà essere istituito in ciascuna regione italiana.
- Individuazione di un "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" che favorisca e garantisca il coordinamento e l'intersectorialità degli interventi. Tale gruppo di lavoro vedrà la partecipazione dei principali gruppi di interesse coinvolti nella promozione degli stili di vita salutari alla popolazione: rappresentanti dell'Assessorato alla Sanità e delle Asl, Medici e Pediatri di Famiglia, USR, Piani Sociali di Zona, organi rappresentativi delle Associazioni del Volontariato sociale e del clero, Assessorato all'Agricoltura, esponenti della Comunicazione e dei Mass Media, rappresentanti delle aziende dei

trasporti, rappresentanti dei comuni (urbanistica), associazioni del commercio, rappresentanti della formazione (docenti universitari).

- Coinvolgimento istituzionale dei mass-media regionali per la pubblicizzazione continuativa, contestuali agli interventi nella scuola, di programmi di promozione degli stili di vita salutari.
- Invito all'USR per favorire l'inclusione del presente progetto nei POF dei singoli istituti scolastici.
- Erogazione tempestiva delle necessarie risorse per la realizzazione del progetto e per garantire il suo svolgimento senza interruzioni.
- Gestione di un adeguato sito web attraverso il quale poter "amministrare" e seguire le attività e comunicare rapidamente con operatori della salute, della scuola e con i cittadini.
- Pubblicazione da parte del "Centro di Coordinamento del Sistema di Documentazione Regionale sull'Educazione alla Salute" di una newsletter mensile da inviare via mail ai singoli operatori Asl, ai Dirigenti scolastici ed ai docenti, al fine di: informare gli operatori circa lo stato di avanzamento delle operazioni nelle varie Asl della regione; condividere idee, iniziative, proposte; comunicare con continuità "pillole" di evidenza scientifica relativamente a pratiche efficaci e/o inutili.
- Messa a punto di un Registro Regionale delle attività, alimentato da ciascun Registro aziendale delle Attività, in cui riportare gli indicatori di monitoraggio e valutazione del progetto regionale.

#### *Azioni a livello delle Asl*

- Recepimento del progetto ed individuazione dei referenti da parte delle direzioni aziendali.
- Offerta attiva a tutte le scuole primarie, previo accordo con l'USR e Provinciale (USP), mediante adeguato coinvolgimento dei Dirigenti scolastici.
- Coinvolgimento e formazione dei docenti per condividere obiettivi, metodologie, strategie e strumenti e fare in modo che possano svolgere in maniera appropriata ed efficace gli itinerari didattici.
- Offerta di piccole attrezzature alle scuole in cui vi siano evidenti problemi relativi alla mancanza/inagibilità della palestra e/o di materiali utili alla promozione dell'attività motoria nelle scuole primarie.
- Sostegno, alle scuole relativamente alle attività che in esse si realizzano, incluse le attività di formazione dei docenti, produzione e diffusione dei materiali, monitoraggio e valutazione dell'intervento educativo, collegamento a eventi di comunicazione.
- Realizzazione del progetto educativo ad opera dei docenti, affiancati dagli operatori sanitari, per quanto riguarda la definizione dei contenuti, la metodologia, il coinvolgimento dei mass-media, l'organizzazione di eventi pubblici, il monitoraggio e la valutazione.
- Coinvolgimento delle famiglie degli alunni.
- Azioni di comunicazione alla popolazione ed organizzazione di eventi pubblici con coinvolgimento dei mass-media locali.
- Registrazione delle singole fasi ed azioni, nonché degli indicatori utili al monitoraggio ed alla valutazione del progetto, in un Registro Aziendale delle Attività.

#### *Attori*

- Assessorato alla Sanità, OER
- USR e USP
- Istituti scolastici con relativi Dirigenti e docenti
- Alunni e famiglie
- Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimento Materno-Infantile e UOMI, Strutture di Educazione alla Salute, Servizi Comunicazione e operatori della salute delle Asl
- Operatori della comunicazione

*Portatori di interesse*

- Pediatri e Medici di famiglia
- Assessorato Agricoltura
- Assessorato Fasce Deboli
- Piani Sociali di Zona
- Comuni (Urbanistica, Trasporti e Mobilita, Ambiente, Politiche Sociali ed Educative)
- Assessorato ai trasporti
- Associazioni del Commercio e dei Consumatori
- Rappresentanti della formazione (docenti universitari)

*Possibili criticità*

- Scarso peso dato, nella valutazione Regionale dei Direttori Generali, alla realizzazione degli obiettivi di salute rispetto al raggiungimento di obiettivi normativi o economici: i principali obiettivi del PRP dovrebbero entrare a far parte del Piano annuale degli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie e dovrebbero contribuire a determinare la parte variabile dello stipendio dei DG.
- Scarsa attitudine nei management aziendali a fare scelte strategiche e di priorità fra i vari possibili interventi di tutela della salute , a fronte di una scarsità di risorse. La promozione di sani stili di vita deve diventare parte integrante dei piani di lavoro ordinari delle Aziende Sanitarie ed in primis dei Dipartimenti di Prevenzione orientando in tal senso lo sviluppo organizzativo e le risorse umane.
- Adesione delle scuole: ciascun istituto scolastico, in accordo a criteri condivisi con l'USR, organizza in modo autonomo il proprio Piano dell'Offerta Formativa (POF). Il mancato inserimento delle attività del presente progetto nei singoli POF potrebbe rappresentare un ostacolo alla sua piena realizzazione. E' necessario, dunque, coinvolgere in maniera adeguata e con largo anticipo i dirigenti scolastici ed i docenti, per permettere una piena condivisione del progetto ed un adeguato inserimento delle sue attività tra le attività curricolari.
- Inadeguata ed insufficiente condivisione, da parte degli operatori della salute aziendali, del Progetto Guadagnare Salute in Adolescenza, proposto come unico progetto regionale. Per favorire una piena attuazione del progetto, dunque, è necessario che ciascun operatore coinvolto sia adeguatamente formato affinché possa conoscere e condividere pienamente lo spirito, i contenuti e le metodologie del progetto.
- Scarsa partecipazione degli operatori della comunicazione: una poco convinta e/o episodica partecipazione dei mezzi di comunicazione rischierebbe di ridurre l'efficacia del progetto. E' necessario che, al "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" si crei una duratura alleanza con i responsabili dei mezzi di comunicazione per la promozione del bene comune.

*Sistema di valutazione*

Vedi tabella sottostante

*Cronoprogramma*

Vedi tabella sottostante

*Beneficiari*

- Docenti delle scuole primarie
- Alunni delle scuole primarie e le rispettive famiglie
- Popolazione generale

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti in 2 anni

Rispetto alla situazione pre-intervento, migliorare le conoscenze (del 75%), gli atteggiamenti (del 40%) ed i comportamenti (del 20%) dei bambini campani della scuola primaria partecipanti al progetto riguardo agli stili di vita salutari, in particolare ai comportamenti associati allo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Scuole primarie regionali, pubbliche e paritarie, che sono state invitate a partecipare al progetto	Registro Regionale delle attività	~ 10%	40%		90%	
Classi delle scuole primarie regionali aderenti al progetto	Registro Regionale delle attività	2-3%	7%		15%	
Classi delle scuole primarie, sul totale delle aderenti al progetto, che hanno completato il percorso proposto dal progetto in modo soddisfacente	Registro Regionale delle attività	~ 40%	60%		70%	
Docenti partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		50%		75%	
Operatori Asl partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		60%		80%	
Alunni che hanno migliorato i loro atteggiamenti rispetto agli stili di vita associati allo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità	Questionario		25%		40%	
Alunni che hanno migliorato i loro comportamenti rispetto agli stili di vita associati allo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità	Questionario		15%		25%	

**Sistema di Monitoraggio e di Valutazione con Cronoprogramma: schema sintetico**

Oggetto del monitoraggio e della valutazione	Indicatori	Fonte dati	Strumento di raccolta	Tempistica (in un arco temporale di 24 mesi dall'inizio reale delle attività)
<b>AZIONI REGIONALI</b>				
Individuazione di precise responsabilità del progetto: coordinamento generale, formazione, Tavolo Scuola-Salute, partecipazione al Tavolo Stili di Vita e rapporto con i Gruppi di Interesse e con i mezzi di comunicazione, monitoraggio e valutazione	Individuazione di singoli responsabili  Chiara definizione delle azioni da realizzare	Assessorato sanità		1 mese
Coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale (USR) e stesura di un protocollo di intesa	Realizzazione di un Protocollo di Intesa	Assessorato Sanità e USR		Già realizzato

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

con l'Assessorato Regionale alla Sanità				
Individuazione di un "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" che favorisca e garantisca il coordinamento e l'inter-settorialità degli interventi	Esistenza di un gruppo di lavoro con un'agenda di incontri bimestrali	Assessorato Sanità		2 mesi
Coinvolgimento istituzionale dei mass-media regionali	Incontro con rappresentanti mass-media	Assessorato Sanità		2 mesi
Invito rivolto all'USR per favorire l'inclusione del presente progetto nei POF dei singoli istituti scolastici	Comunicazioni Assessorato Sanità - USR	Assessorato Sanità e USR		1 mese
Erogazione tempestiva delle necessarie risorse per la realizzazione del progetto	Determine di pagamento alle Asl Assessorato Sanità	Assessorato Sanità e Direzioni Amministrative Asl		
Produzione di un prototipo di Guida per gli insegnanti e di kit didattico (cd, giochi didattici, materiale comunicativo) da consegnare alle ASL	Materiale prodotto	Assessorato Sanità		Già realizzato
Produzione di prototipi di materiale comunicativo per i genitori degli studenti (opuscolo, locandina da affiggere a casa, calendario tascabile della maturazione delle verdure) da consegnare alle Asl	Materiale prodotto	Assessorato Sanità		Già realizzato
Gestione di un adeguato sito web attraverso il quale poter "amministrare" e seguire le attività	Aggiornamento messa a regime del sito web	Assessorato Sanità e leadership del progetto		1 mese
Pubblicazione ed invio da parte del Centro di Coordinamento del Sistema di Documentazione Regionale sull'Educazione alla Salute di una newsletter agli operatori della salute e della scuola	Pubblicazione ed invio della newsletter	Assessorato sanità (Centro di Coordinamento del Sistema di Documentazione Regionale sull'Educazione alla Salute)		Dal 1° al 24° mese (9 news/anno)
Messa a punto di un Registro Regionale Centralizzato delle attività, alimentato da ciascuno di quelli aziendali, in cui riportare gli indicatori di monitoraggio e valutazione del progetto regionale	Presenza di un Registro presso l'Assessorato Sanità	Registri aziendali delle attività		
<b>AZIONI AASSLL</b>				
Recepimento del progetto ed individuazione dei referenti da parte delle direzioni aziendali	Delibera aziendale	Direzione Aziendale		1 mese
Offerta attiva e adeguata del progetto a tutte le scuole primarie dell'ASL	% di scuole che sono state invitate a partecipare al progetto	Registro aziendale delle attività curato dai singoli referenti del progetto in ciascuna Asl	Registro aziendale delle attività e Registro centralizzato regionale	4-20 mesi
Adeguato coinvolgimento delle	% scuole primarie e	Registro aziendale	Registro	5-22 mesi

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

scuole	% classi che hanno chiesto di partecipare al progetto	delle attività (e studio qualitativo)	aziendale delle attività e R. regionale	
Coinvolgimento e formazione dei docenti delle classi delle scuole primarie	% di insegnanti che hanno partecipato al corso	Registro aziendale delle attività (e studio qualitativo)	Registro aziendale delle attività e R. regionale	3 mesi
Offerta di piccole attrezzature alle scuole in cui vi siano evidenti problemi relativi alla mancanza/inagibilità della palestra	% scuole che hanno ricevuto materiali	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	10 mesi
Consegna a ciascun docente formato della Guida per gli insegnanti e del kit didattico per la realizzazione dell'intervento	% di docenti che hanno ricevuto la Guida e il kit didattico	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	10 mesi
Realizzazione del progetto educativo nelle classi ad opera dei docenti	% classi, su quelle che hanno aderito al progetto, in cui i docenti hanno completato le attività formative annuali in favore degli alunni	Registro aziendale delle attività (e studio qualitativo)	Registro aziendale delle attività e R. regionale	12-24 mesi
Coinvolgimento delle famiglie degli alunni	% delle famiglie, su tutte quelle degli alunni appartenenti alle classi aderenti al progetto, che hanno risposto al coinvolgimento da parte dei docenti. N° di opuscoli per le famiglie, calendari di maturazione delle verdure e locandine consegnate/ n° di studenti delle classi partecipanti	Registro aziendale delle attività	Questionario prima e dopo	12-24 mesi
Azioni di comunicazione alla popolazione ed organizzazione di eventi pubblici	N° di eventi pubblici di comunicazione realizzati nel territorio dell'asl	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	12-24 mesi
Miglioramento delle conoscenze dei docenti, relativamente agli stili di vita proposti	% docenti, su tutti quelli delle classi partecipanti alla formazione, che hanno mostrato un miglioramento delle conoscenze	Intervista (e studio qualitativo)	Questionario prima e dopo	11-24 mesi
Miglioramento delle conoscenze, degli atteggiamenti e dei comportamenti degli alunni relativamente agli stili di vita proposti	% alunni, su tutti quelli delle classi partecipanti al progetto, che hanno mostrato un miglioramento di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti	Intervista (e studio qualitativo)	Questionario prima e dopo	12-24 mesi

**Progetto 19: Promozione dell'Attività Fisica, della Corretta Alimentazione e di altri stili di vita salutari: Guadagnare Salute nel bambino nell'età della scuola secondaria di I grado (Quadro d'Insieme n° 2.9.4)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

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

Breve descrizione dell'intervento programmato

*Razionale dell'intervento*

La Scuola rappresenta un luogo privilegiato ove poter diffondere tra gli alunni, con l'insostituibile collaborazione dei docenti, le conoscenze relative agli stili di vita salutari e promuovere atteggiamenti e comportamenti che contrastino lo sviluppo dei disturbi dello stato nutrizionale, primi tra tutti il sovrappeso e l'obesità.

E' indispensabile che nella regione si realizzino interventi che abbiano già dimostrato una certa efficacia nel contesto locale e che prevedano strategie e procedure che possano garantire esiti favorevoli: un diretto riferimento ad altre esperienze (*Evidence Based Prevention*), un adeguato coinvolgimento dei Gruppi di Interesse, una reale e concreta integrazione tra i diversi attori, adeguati sistemi di monitoraggio e valutazione, un'attenta ed efficace strategia di comunicazione.

A meno che non siano sostituiti da altre eccellenti alternative di provata efficacia, alla luce dei fatti e dei riconoscimenti ricevuti da autorevoli agenzie nazionali, si individua come miglior modello attuale degli interventi da realizzare e valutare in Campania, nella scuola primaria e nella secondaria di primo grado, l'esperienza del Progetto Promozione dell'Attività Fisica e della Corretta Alimentazione - Guadagnare Salute in Adolescenza (GSA).

Si rileva la necessità, dunque, che le attività del progetto CF già realizzate in Campania e riguardanti la linea progettuale relativa alla promozione degli stili di vita salutari in ambito scolastico, vengano vagliate alla luce dei principi ispiratori del nuovo PNP 2010-2012 e vadano a fondersi con le attività (formazione, contenuti, metodologie e strategie) del progetto GSA: sarà possibile, pertanto, offrire a tutte le scuole dell'intera regione un'unica esperienza di lavoro.

La proposta di un progetto unitario in tutte le asl ed in tutte le scuole primarie della regione avrà certamente notevoli vantaggi: ridurrà la confusione causata dalla presenza di diverse proposte, migliorerà la sincronia delle azioni, migliorerà sensibilmente la *compliance* sia degli operatori della salute che della scuola, favorirà un ubiquitario progetto di monitoraggio e di valutazione, si gioverà di un unico ampio auspicabile progetto di comunicazione su base regionale, permetterà un più efficiente investimento delle risorse.

Si preferirà un approccio globale e non per singoli determinanti: il progetto, dunque, prevederà la contestuale promozione dei più importanti stili di vita salutari relativi a questa fascia di età, ossia la riduzione della sedentarietà, la promozione dell'attività motoria, il miglioramento dell'alimentazione e la prevenzione dell'abitudine al fumo e dell'abuso di alcol.

Le azioni proposte si concentreranno, oltre che sulla trasmissione delle conoscenze, sulla promozione dello sviluppo delle competenze sia da parte dei docenti che degli alunni stessi.

Verrà promossa un'integrazione, anzi, una vera e propria "alleanza" tra gli operatori della scuola e quelli della salute, finalizzata ad impiantare un percorso non episodico di promozione della salute realizzata



concretamente dai docenti ma sostenuta, adeguatamente preparata, monitorata e valutata dagli operatori della salute. Una tale “alleanza” dovrà poi favorire il necessario passaggio “da progetto a sistema”, mettendo le basi per un’attività continuativa di promozione della salute che, nel tempo, potrà diventare parte integrante di una routine educativa della popolazione attraverso la scuola.

Si promuoverà l’intersectorialità tra i diversi attori istituzionali e socio-economici, al fine di promuovere una continuativa produzione di azioni e messaggi coerenti tra loro e con la migliore evidenza scientifica disponibile: a tale scopo si ricorda la necessità e le potenzialità “Tavolo regionale sugli Stili di Vita” di cui si è trattato nel contesto della Sorveglianza.

Un’attenzione particolare alle disuguaglianze: è noto che nei gruppi di popolazione caratterizzati da un basso livello socio-economico si concentrano comportamenti non salutari e un’alta prevalenza di obesità. Questa fascia della popolazione è anche quella meno raggiunta dagli interventi di promozione della salute: va fatto ogni sforzo, dunque, per evitare di escludere tali famiglie dal presente progetto di promozione della salute.

C’è la chiara consapevolezza che ci troviamo in un contesto di intervento-ricerca: è noto che il successo degli interventi di Salute Pubblica, ancor più nel peculiare contesto campano gravato dalla straordinaria diffusione di stili di vita dannosi per la salute, è determinato da numerosi fattori, molti dei quali poco controllabili: si sottolinea, dunque, che monitoraggio e valutazione sono considerati come una “*conditio sine qua non*” per permettere l’individuazione delle possibili criticità, al fine di assicurare, nel tempo, l’individuazione e la messa a punto delle migliori pratiche che possano favorire il complesso passaggio da un episodico progetto di Salute Pubblica a “sistema educante”.

#### *Obiettivi generali*

Prevenzione dell’obesità, con particolare riguardo a quella infantile.

Promozione di abitudini, comportamenti e stili di vita salutari riguardanti: la riduzione della sedentarietà ed un’adeguata attività fisica, una corretta alimentazione, la prevenzione dell’abuso di alcol e la prevenzione dell’abitudine al fumo.

#### *Risultati attesi (in 2 anni)*

- Il 15% di tutte le classi della scuola secondaria di I grado della Campania ha ricevuto una formazione specifica sul progetto (con almeno uno dei docenti della classe)
- Il 70% delle classi della scuola secondaria di I grado della Campania coinvolte nella formazione ha partecipato al progetto in modo soddisfacente
- L’80% delle famiglie degli alunni delle classi partecipanti è stato coinvolto dal progetto
- E’ stata realizzato un unico ampio progetto di comunicazione regionale sulla promozione degli stili di vita in età evolutiva
- E’ stata realizzata, in ciascuna Asl campana, almeno una iniziativa pubblica/anno di comunicazione alla popolazione, con la partecipazione delle scuole e degli operatori sanitari e con il coinvolgimento dei media locali e regionali, sulla realizzazione del progetto e sui suoi obiettivi

#### *Azioni principali*

##### *Azioni a livello regionale*

- Individuazione di precise responsabilità del progetto ed in particolare dei coordinatori delle seguenti aree/azioni: coordinamento generale, formazione, “Tavolo Scuola-Salute”, partecipazione al “Tavolo regionale Stili di Vita” e rapporto con i Gruppi di Interesse e con i mezzi di comunicazione, monitoraggio e valutazione.

- Coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale (USR) e stesura di un protocollo di intesa con il quale si condividano obiettivi e metodologie, grazie anche al "Tavolo Scuola e Salute" che dovrà essere istituito in ciascuna regione italiana.
- Individuazione di un "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" che favorisca e garantisca il coordinamento e l'intersectorialità degli interventi. Tale gruppo di lavoro vedrà la partecipazione dei principali gruppi di interesse coinvolti nella promozione degli stili di vita salutari alla popolazione: rappresentanti dell'Assessorato alla Sanità e delle Asl, Medici e Pediatri di Famiglia, USR, Piani Sociali di Zona, organi rappresentativi delle Associazioni del Volontariato sociale e del clero, Assessorato all'Agricoltura, esponenti della Comunicazione e dei Mass Media, rappresentanti delle aziende dei trasporti, rappresentanti dei comuni (urbanistica), associazioni del commercio, rappresentanti della formazione (docenti universitari).
- Coinvolgimento istituzionale dei mass-media regionali per la pubblicizzazione continuativa, contestuali agli interventi nella scuola, di programmi di promozione degli stili di vita salutari.
- Invito all'USR per favorire l'inclusione del presente progetto nei POF dei singoli istituti scolastici.
- Erogazione tempestiva delle necessarie risorse per la realizzazione del progetto e per garantire il suo svolgimento senza interruzioni.
- Gestione di un adeguato sito web attraverso il quale poter "amministrare" e seguire le attività e comunicare rapidamente con operatori della salute, della scuola e con i cittadini.
- Pubblicazione da parte del "Centro di Coordinamento del Sistema di Documentazione Regionale sull'Educazione alla Salute" di una newsletter mensile da inviare via mail ai singoli operatori Asl, ai Dirigenti scolastici ed ai docenti, al fine di: informare gli operatori circa lo stato di avanzamento delle operazioni nelle varie Asl della regione; condividere idee, iniziative, proposte; comunicare con continuità "pillole" di evidenza scientifica relativamente a pratiche efficaci e/o inutili.
- Messa a punto di un Registro Regionale delle attività, alimentato da ciascun Registro aziendale delle Attività, in cui riportare gli indicatori di monitoraggio e valutazione del progetto regionale.

#### *Azioni a livello delle Asl*

- Recepimento del progetto ed individuazione dei referenti da parte delle direzioni aziendali.
- Offerta attiva a tutte le scuole secondarie di I grado, previo accordo con l'USR e Provinciale (USP), mediante adeguato coinvolgimento dei Dirigenti scolastici.
- Coinvolgimento e formazione dei docenti per condividere obiettivi, metodologie, strategie e strumenti e fare in modo che possano svolgere in maniera appropriata ed efficace gli itinerari didattici.
- Offerta di piccole attrezzature alle scuole in cui vi siano evidenti problemi relativi alla mancanza/inagibilità della palestra e/o di materiali utili alla promozione dell'attività motoria nelle scuole primarie.
- Eventuale sostegno, alle scuole relativamente alle attività che in esse si realizzano, incluse le attività di formazione dei docenti, produzione e diffusione dei materiali, monitoraggio e valutazione dell'intervento educativo, collegamento a eventi di comunicazione.
- Realizzazione del progetto educativo ad opera dei docenti, affiancati dagli operatori sanitari, per quanto riguarda la definizione dei contenuti, la metodologia, il coinvolgimento dei mass-media, l'organizzazione di eventi pubblici, il monitoraggio e la valutazione.
- Coinvolgimento delle famiglie degli alunni.
- Azioni di comunicazione alla popolazione ed organizzazione di eventi pubblici con coinvolgimento dei mass-media locali.
- Registrazione delle singole fasi ed azioni, nonché degli indicatori utili al monitoraggio ed alla valutazione del progetto, in un Registro Aziendale delle Attività.

#### *Attori*

- Assessorato alla Sanità, OER
- USR e USP
- Istituti scolastici con relativi Dirigenti e docenti
- Alunni e famiglie
- Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimento Materno-Infantile e UOMI, Strutture di Educazione alla Salute, Servizi Comunicazione e operatori della salute delle Asl
- Operatori della comunicazione

#### *Portatori di interesse*

- Pediatri e Medici di famiglia
- Assessorato Agricoltura
- Assessorato Fasce Deboli
- Piani Sociali di Zona
- Comuni (Urbanistica, Trasporti e Mobilità, Ambiente, Politiche Sociali ed Educative)
- Assessorato ai trasporti
- Associazioni del Commercio e dei Consumatori
- Rappresentanti della formazione (docenti universitari)

#### *Possibili criticità*

- Adesione delle scuole: ciascun istituto scolastico, in accordo a criteri condivisi con l'USR, organizza in modo autonomo il proprio Piano dell'Offerta Formativa (POF). Il mancato inserimento delle attività del presente progetto nei singoli POF potrebbe rappresentare un ostacolo alla sua piena realizzazione. E' necessario, dunque, coinvolgere in maniera adeguata e con largo anticipo i dirigenti scolastici ed i docenti, per permettere una piena condivisione del progetto ed un adeguato inserimento delle sue attività tra le attività curricolari.
- Inadeguata ed insufficiente condivisione, da parte degli operatori della salute aziendali, del Progetto. Per favorire una piena attuazione del progetto, dunque, è necessario che ciascun operatore coinvolto sia adeguatamente formato affinché possa conoscere e condividere pienamente lo spirito, i contenuti e le metodologie del progetto.
- Scarsa partecipazione degli operatori della comunicazione: una poco convinta e/o episodica partecipazione dei mezzi di comunicazione rischierebbe di ridurre l'efficacia del progetto. E' necessario che, al "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" si crei una duratura alleanza con i responsabili dei mezzi di comunicazione per la promozione del bene comune.

#### *Sistema di valutazione*

Vedi tabella sottostante

#### *Cronoprogramma*

Vedi tabella sottostante

#### *Beneficiari*

- Docenti delle scuole secondarie di I grado
- Alunni delle scuole secondarie di I grado e le rispettive famiglie
- Popolazione generale

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti in 2 anni

Rispetto alla situazione pre-intervento, migliorare le conoscenze (del 75%), gli atteggiamenti (del 40%) ed i comportamenti (del 20%) dei ragazzi campani della scuola secondaria di I grado partecipanti al progetto riguardo agli stili di vita salutari.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Scuole secondarie di I grado regionali, pubbliche e paritarie, che sono state invitate a partecipare al progetto	Registro Regionale delle attività	~ 10%	40%		90%	
Classi delle scuole secondarie di I grado regionali aderenti al progetto	Registro Regionale delle attività	2-3%	7%		15%	
Classi delle scuole secondarie di I grado, sul totale delle aderenti al progetto, che hanno completato il percorso proposto dal progetto in modo soddisfacente	Registro Regionale delle attività	~ 40%	60%		70%	
Docenti partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		50%		75%	
Operatori Asl partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		60%		80%	
Alunni che hanno migliorato i loro atteggiamenti rispetto agli stili di vita associati allo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità e all'uso/abuso di alcol e fumo	Questionario		25%		40%	
Alunni che hanno migliorato i loro comportamenti rispetto agli stili di vita associati allo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità e all'uso/abuso di alcol e fumo	Questionario		15%		25%	

Sistema di Monitoraggio e di Valutazione con Cronoprogramma: schema sintetico				
Oggetto del monitoraggio e della valutazione	Indicatori	Fonte dati	Strumento di raccolta	Tempistica (in un arco temporale di 24 mesi dall'inizio reale delle attività)
<b>AZIONI REGIONALI</b>				
Individuazione di precise responsabilità del progetto: coordinamento generale, formazione, Tavolo Scuola-Salute, partecipazione al Tavolo Stili di Vita e rapporto con i Gruppi di Interesse e con i mezzi di comunicazione, monitoraggio e valutazione	Individuazione di singoli responsabili  Chiara definizione delle azioni da realizzare	Assessorato sanità		1 mese
Coinvolgimento dell'Ufficio	Realizzazione di un	Assessorato Sanità e		Già realizzato

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Scolastico Regionale (USR) e stesura di un protocollo di intesa con l'Assessorato Regionale alla Sanità	Protocollo di Intesa	USR		
Individuazione di un "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" che favorisca e garantisca il coordinamento e l'inter-settorialità degli interventi	Esistenza di un gruppo di lavoro con un'agenda di incontri bimestrali	Assessorato Sanità		2 mesi
Coinvolgimento istituzionale dei mass-media regionali	Incontro con rappresentanti mass-media	Assessorato Sanità		2 mesi
Invito rivolto all'USR per favorire l'inclusione del presente progetto nei POF dei singoli istituti scolastici	Comunicazioni Assessorato Sanità - USR	Assessorato Sanità e USR		1 mese
Erogazione tempestiva delle necessarie risorse per la realizzazione del progetto	Determine di pagamento alle Asl Assessorato Sanità	Assessorato Sanità e Direzioni Amministrative Asl		
Produzione di un prototipo di Guida per gli insegnanti e di kit didattico (cd, giochi didattici, materiale comunicativo) da consegnare alle ASL	Materiale prodotto	Assessorato Sanità		Già realizzato
Produzione di prototipi di materiale comunicativo per i genitori degli studenti (opuscolo, locandina da affiggere a casa, calendario tascabile della maturazione delle verdure) da consegnare alle Asl	Materiale prodotto	Assessorato Sanità		Già realizzato
Gestione di un adeguato sito web attraverso il quale poter "amministrare" e seguire le attività	Aggiornamento messa a regime del sito web	Assessorato Sanità e leadership del progetto		1 mese
Pubblicazione ed invio da parte del Centro di Coordinamento del Sistema di Documentazione Regionale sull'Educazione alla Salute di una newsletter agli operatori della salute e della scuola	Pubblicazione ed invio della newsletter	Assessorato sanità (Centro di Coordinamento del Sistema di Documentazione Regionale sull'Educazione alla Salute)		Dal 1° al 24° mese (9 news/anno)
Messa a punto di un Registro Regionale Centralizzato delle attività, alimentato da ciascuno di quelli aziendali, in cui riportare gli indicatori di monitoraggio e valutazione del progetto regionale	Presenza di un Registro presso l'Assessorato Sanità	Registri aziendali delle attività		
<b>AZIONI AASSLL</b>				
Recepimento del progetto ed individuazione dei referenti da parte delle direzioni aziendali	Delibera aziendale	Direzione Aziendale		1 mese
Offerta attiva e adeguata del progetto a tutte le scuole secondarie di I grado dell'ASL	% di scuole che sono state invitate a partecipare al progetto	Registro aziendale delle attività curato dai singoli referenti del progetto in ciascuna Asl	Registro aziendale delle attività e Registro centralizzato regionale	4-20 mesi
Adeguato coinvolgimento delle scuole	% scuole secondarie di I grado e	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle	5-22 mesi

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

	% classi che hanno chiesto di partecipare al progetto	(e studio qualitativo)	attività e R. regionale	
Coinvolgimento e formazione dei docenti delle classi delle scuole secondarie di I grado	% di insegnanti che hanno partecipato al corso	Registro aziendale delle attività (e studio qualitativo)	Registro aziendale delle attività e R. regionale	3 mesi
Offerta di piccole attrezzature alle scuole in cui vi siano evidenti problemi relativi alla mancanza/inagibilità della palestra	% scuole che hanno ricevuto materiali	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	10 mesi
Consegna a ciascun docente formato della Guida per gli insegnanti e del kit didattico per la realizzazione dell'intervento	% di docenti che hanno ricevuto la Guida e il kit didattico	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	10 mesi
Realizzazione del progetto educativo nelle classi ad opera dei docenti	% classi, su quelle che hanno aderito al progetto, in cui i docenti hanno completato le attività formative annuali in favore degli alunni	Registro aziendale delle attività (e studio qualitativo)	Registro aziendale delle attività e R. regionale	12-24 mesi
Coinvolgimento delle famiglie degli alunni	% delle famiglie, su tutte quelle degli alunni appartenenti alle classi aderenti al progetto, che hanno risposto al coinvolgimento da parte dei docenti. N° di opuscoli per le famiglie, calendari di maturazione delle verdure e locandine consegnate/ n° di studenti delle classi partecipanti	Registro aziendale delle attività	Questionario prima e dopo	12-24 mesi
Azioni di comunicazione alla popolazione ed organizzazione di eventi pubblici	N° di eventi pubblici di comunicazione realizzati nel territorio dell'asl	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	12-24 mesi
Miglioramento delle conoscenze dei docenti, relativamente agli stili di vita proposti	% docenti, su tutti quelli delle classi partecipanti alla formazione, che hanno mostrato un miglioramento delle conoscenze	Intervista (e studio qualitativo)	Questionario prima e dopo	11-24 mesi
Miglioramento delle conoscenze, degli atteggiamenti e dei comportamenti degli alunni relativamente agli stili di vita proposti	% alunni, su tutti quelli delle classi partecipanti al progetto, che hanno mostrato un miglioramento di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti	Intervista (e studio qualitativo)	Questionario prima e dopo	12-24 mesi

**Progetto 20: Promozione del Benessere Psicologico attraverso la peer-education (Quadro d'Insieme n° 2.9.5)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale

2.9

Breve descrizione dell'intervento programmato

*Razionale dell'intervento*

Il presente progetto prevede un intervento di promozione della salute utilizzando come modello l'educazione tra pari, una strategia che si inserisce all'interno delle dinamiche di gruppo del mondo giovanile, sollecitando la partecipazione e il protagonismo dei ragazzi. Tra i vari modelli che rientrano nel panorama dell'educazione tra pari", questo progetto si ispira al modello elaborato e sperimentato nel territorio di Varese e definito da A. Pellai empowered peer education (Erikson 2002). Questa metodologia assume concretamente un'ottica di lavoro fondata sulla valorizzazione delle risorse, ed è sembrata essere la più idonea a favorire lo sviluppo delle potenzialità e delle competenze personali e sociali dei ragazzi, e si differenzia dalla maggior parte degli interventi di peer education in particolare per le modalità e i criteri di scelta dei ragazzi peer e dei temi su cui lavorare che vedono i ragazzi effettivamente protagonisti fin dal momento della ideazione dell'intervento. Attraverso l'esperienza della costituzione di un gruppo di lavoro, i ragazzi analizzano i propri bisogni/desideri all'interno del contesto nel quale sono inseriti e definiscono autonomamente l'oggetto di promozione e di prevenzione che vogliono sviluppare per sé e per i coetanei nel contesto di riferimento. Gli adulti collaborano con i ragazzi, assumendo principalmente la funzione di facilitatori di processi, quali ad esempio le competenze sociali, le dinamiche di gruppo, le metodologie di ricerca. In questo senso il progetto non è nato con l'obiettivo di incidere su specifici comportamenti a rischio sotto l'aspetto sanitario o sociale, ma vuole promuovere il protagonismo dei ragazzi per sviluppare la loro consapevolezza e competenza. Inoltre, per quanto riguarda la metodologia di costruzione progettuale, è stato utilizzato il modello "Preceed – Procede" di L. Green".

La Regione Campania, allo scopo di implementare su tutto il territorio la metodologia del presente progetto, ha già aderito al progetto "Peer to Peer" – inserito nell'area tematica "Salute mentale e benessere" nell'ambito del Progetto CCM "Guadagnare salute in adolescenza" che vede quale Regione Capofila la Regione Piemonte.

Tale accordo consente di accedere ad un finanziamento finalizzato alla costituzione, a titolo di esperienza pilota, di un gruppo di peer educator sul territorio di un DSB di una ASL della Regione. È tuttavia intendimento del competente Settore dell'Assessorato Sanità della Regione Campania, di estendere la prevista formazione agli operatori di tutte le AASSLL interessate ad adottare tale metodologia di lavoro al fine di estendere le conoscenze necessarie all'attivazione di gruppi di Peer education.

*Attività*

In una prima fase il progetto verrà presentato ai docenti per ottenere sia un loro coinvolgimento attivo che un'apertura che consenta a tutta la scuola di muoversi in modo uniforme verso un dibattito culturale che nuovi modelli educativi, quali la peer-education, possono stimolare per facilitare sia l'apprendimento che la creazione di un clima di benessere all'interno dell'istituto.

In questa fase si provvederà alla scelta dei docenti referenti del progetto, scelta che sarà fatta in piena autonomia e secondo criteri stabiliti dalla stessa scuola, attraverso il consiglio d'istituto, o l'intero corpo insegnanti, in modo che tutti si sentano coinvolti e partecipi, per prevenire e limitare anche fenomeni d'esclusione e delusione che potrebbero generare movimenti ostili al progetto.

Scelti i docenti referenti, si provvederà a presentare il progetto agli studenti, e per reclutare nel contesto gli educatori tra pari. Anche in questo caso, la scelta dovrà avvenire in totale autonomia, attraverso i rappresentanti di classe o attraverso meccanismi elettivi di rappresentanza, gli unici vincoli da noi posti e che la scelta venga fatta tra gli studenti delle classi di primo liceo (terzo anno superiore) e che il numero di rappresentati scelto per ogni classe sia proporzionale al numero degli studenti.

Scelti gli educatori tra pari si passerà alla vera fase operativa che è spalmata su due anni d'attività:

Nel primo si provvederà sostanzialmente a preparare gli educatori tra pari in modo che alla fine dell'anno siano in grado di portare all'interno dell'intera scolaresca la loro progettualità. Il progetto deve essere costruito in totale autonomia e senza l'interferenza degli adulti. Il ruolo degli insegnanti referenti e degli operatori dell'ASL deve limitarsi a quello organizzativo, di ricerca delle risorse necessarie, e di consulenza e di facilitatori della comunicazione. Questa scelta è giustificata dalla convinzione che, rispetto alle problematiche inerenti al proprio benessere, i giovani siano maggiormente in grado di individuare i propri bisogni, i propri desideri e di implementare quindi percorsi di discussione e risoluzione dei problemi. A tale scopo saranno individuati ex ante sia i luoghi che i tempi operativi, con l'assicurazione che l'attività venga svolta, quale compito d'istituto, durante l'orario scolastico e con l'incentivo dell'assunzione di crediti formativi.

Nel secondo anno, il gruppo di educatori tra pari si apre all'intera scolaresca portando la propria elaborazione, quale momento d'individuazione di un bisogno collettivo e di una proposta d'implementazione di modalità risolutive volte a migliorare la percezione del benessere all'interno della scuola. A tale scopo essi potranno decidere autonomamente, come intervenire, se operando nelle classi oppure attraverso altre aggregazioni, assembleari o di gruppi di studio, senza mai trascurare di coinvolgere all'interno del progetto l'intera scolaresca. Essi, forti della propria esperienza dell'anno precedente assumeranno all'interno della scolaresca un ruolo di docenza, di educatori, che a differenza dei professori, si pongono in una posizione orizzontale che, se da un lato può causare una perdita d'autorità e di autorevolezza, dall'altro ha il grosso vantaggio di una maggiore credibilità che facilita l'apprendimento. Tale apprendimento infine deve essere utile a che l'intera scolaresca individui modalità ed iniziative volte a migliorare il benessere psicologico all'interno della scuola.

#### *Obiettivi generali*

promuovere il benessere psicologico all'interno della scuola attraverso il protagonismo degli adolescenti e nella costruzione di un percorso realizzato con una metodologia di educazione tra pari.

1. favorire le conoscenze emotive e comunicative.
2. aumentare nei ragazzi il livello di consapevolezza sulle strategie relative al proprio benessere psicologico.

#### *Risultati attesi:*

sviluppo e rafforzamento nei giovani delle capacità di gestione delle qualità emotive, sentimentali e sociali.

3. aumento della partecipazione alla vita scolastica sia da parte sia degli alunni che degli insegnanti.
4. realizzazione all'interno della scuola di un "clima" di benessere sia come qualità percepita che oggettiva.

#### *Azioni principali:*

presentazione del progetto ai docenti. Definizione insegnanti referenti.

5. presentazione del progetto all'interno delle singole classi del I anno della Scuola Secondaria di II grado. Definizione degli educatori tra pari.



6. percorso formativo con i peer: dinamica di gruppo, brainstorming... Incontri con insegnanti referenti
7. progettazione degli interventi da svolgere all'interno dell'istituto sulle tematiche di promozione scelte. Condivisione con i gruppi classe. Incontri con insegnanti referenti
8. realizzazione di una ricerca-intervento gestita dal gruppo dei peer nel contesto scolastico allargato
9. realizzazione degli interventi di cambiamento ideate e progettate dai ragazzi all'interno dell'Istituto

*Attori*

Operatori AA.SS.LL., insegnanti - psicologi- educatori

*Portatori di interesse*

Alunni, Scuola, famiglie, quartiere, altre agenzie sociali.

*Possibili criticità*

Resistenze istituzionali: orari- compiti-lezioni.

Resistenze culturali: pregiudizi da parte degli insegnanti e/o dei genitori.

*Sistema di valutazione*

Questa metodologia prevede una valutazione continua e condivisa dagli stessi destinatari del progetto, e prevede l'integrazione di aspetti qualitativi e quantitativi; i dati acquisiti nel processo valutativo rappresentano una risorsa da diffondere per produrre consapevolezza e competenza. La tabella seguente si riferisce al progetto generale; alcuni indicatori e standard saranno misurati nella specificità del contesto formale.

<b>Fase</b>	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard attesi</b>	<b>Strumenti di valutazione</b>
1	Adeguatezza formulazione progetto; comprensibilità attività	Adesione della Scuola Individuazione insegnanti (minimo n°8)	Relazione e osservazione delle modalità di scelta
2	Comprensione della proposta offerta; interesse generale (rispetto al tema e alla metodologia); rappresentatività degli educatori tra pari	Numero ragazzi auto ed etero selezionati sul totale dei contatti	Bersaglio di autovalutazione Questionario di autovalutazione Scheda osservativa dell'equipe operativa
3	Affiatamento nel gruppo Condivisione progetto da parte degli insegnanti (gruppo formale)	Stabilità numerica del gruppo dei ragazzi peer Stabilità numerica del gruppo parallelo degli insegnanti	Scheda osservativa dell'equipe operativa Momenti di rielaborazione del lavoro in gruppo/ sottogruppi Strumenti di valutazione di tipo creativo e rappresentativo
4	Raggiungimento obiettivo di aumentare consapevolezza sulle tematiche adolescenziali	Stabilità numerica del gruppo dei ragazzi peer Rientro minimo del 70% dei questionari consegnati	Scheda osservativa dell'equipe operativa Questionario anonimo sul tema dei comportamenti di salute somministrato dai peer ai coetanei del gruppo. Cartelle di sintesi dei dati
5/6	Raggiungimento obiettivo specifico di aumentare capacità di lavoro in sottogruppi	Stabilità numerica del gruppo dei peer educator	Scheda osservativa dell'equipe operativa Momenti di rielaborazione del lavoro in gruppo/ sottogruppi; elaborato conclusivo dei singoli peer, questionario di gradimento

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

*Cronoprogramma*

MESE 1	FASE 1	Azioni: Presentazione del progetto ai docenti Definizione insegnanti referenti. Resp.: Cabina regia + Coordinatore Report: relazione
MESI 2 – 3	FASE 2	Azioni: Presentazione del progetto all'interno delle singole classi prime liceo. Definizione degli educatori tra pari. Resp.: equipe operativa+coord. Report:scheda osservativa+materiale prodotto
MESI 4 – 5	FASE 3	Azioni: Percorso formativo con i peer: dinamica di gruppo, brainstorming... Incontri con insegnanti referenti Resp.: .: equipe operativa+coord. Rep.:scheda oss.+materiale prodotto
MESI 6 – 7	FASE 4	Azioni: Progettazione degli interventi da svolgere all'interno dell'istituto sulle tematiche di promozione scelte. Condivisione con i gruppi classe Incontri con insegnanti referenti Resp.: .: equipe operativa+coord. Rep.:scheda oss.+materiale prodotto
MESI 8 – 9	FASE5	Azioni: Realizzazione di una ricerca-intervento gestita dal gruppo dei peer nel contesto scolastico allargato Resp.: .: equipe operativa+coord. Rep.:scheda oss.+materiale prodotto
MESI 13-21	FASE 6	Azioni Realizzazione degli interventi di cambiamento ideate e progettate dai ragazzi all'interno dell'Istituto Incontri con insegnanti referenti Resp.: .: eq. operativa+coord+regia Report: materiale prodotto, scheda valutazione

Beneficiari

Adolescenti fascia di età 14-20 anni

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

l'obiettivo principale di salute è "la promozione del benessere psico-fisico" degli studenti, per perseguire il quale è necessario un processo che consente di realizzare numerosi obiettivi intermedi quali: apprendimento di tecniche relazionali e di conduzione di gruppo, sviluppo e capacità di leadership, capacità di sviluppare e gestire in autonomia un progetto, ecc...

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Scuole in cui si è creato almeno un gruppo di peer educators formati sul totale delle scuole partecipanti	Registro Regionale delle attività		30%		50%	
Classi di terzo anno delle scuole secondarie di II grado raggiunte da un intervento di peer education sul totale	Registro Regionale delle attività		30%		50%	

delle classi coinvolte						
Docenti partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		50%		75%	
Alunni che hanno migliorato i loro atteggiamenti rispetto agli argomenti trattati	Questionario (test-retest)		25%		40%	
Alunni che hanno migliorato i loro comportamenti rispetto agli argomenti trattati	Questionario (test-retest)		15%		25%	

**Progetto 21: Prevenzione dei danni epatici (intossicazione alcolica, epatite alcolica, steatosi epatica, cirrosi) derivanti dall'eccessivo consumo di bevande alcoliche fra i giovani della Regione Campania (Quadro d'Insieme n° 2.9.6)**

Numero identificativo della linea di intervento

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione, sedentarietà, fumo di tabacco, alcol e altre dipendenze)

Breve descrizione dell'intervento programmato

*Descrizione e analisi del problema*

La prevalenza della steatosi epatica in Italia è oltre il 40% e, di questa, metà circa è legata all'alcol e metà a disordini metabolici quali obesità e diabete, condizioni fortemente crescenti in tutti i Paesi industrializzati, compresa l'Italia.

55 milioni di persone sono consumatori di alcol a rischio in Europa, 23 milioni gli alcol dipendenti;

La mortalità alcol-attribuibile in Europa è circa il 6.3% di tutti i decessi registrati nel 2002\* e doppia rispetto alla media Mondiale; il 25% dei decessi tra i maschi di età 15-29 e il 10% dei decessi registrati tra le giovani donne è causato dal consumo rischioso di alcol.

Nel periodo intercorso tra il 1998 e il 2008, la quota di consumatori di bevande alcoliche è rimasta sostanzialmente stabile (intorno al 70%) mentre, soprattutto nei giovani e nei giovani adulti, si sono andati consolidando comportamenti più vicini al modello di consumo nord-europeo, che predilige il consumo al di fuori dei pasti, e questo risulta più evidente nella fascia compresa tra 18 e 24 anni.

Per quanto concerne la tipologia delle bevande consumate sia per gli uomini che per le donne della suddetta fascia d'età 18-24 si riduce la quota di quanti bevono solo birra, o solo vino e birra, mentre aumentano quelli che consumano solo aperitivi, amari e superalcolici.

Dal report emerge con chiarezza che la soglia di età di approccio al consumo etilico si è notevolmente abbassata : i giovanissimi di età tra gli 11 ed i 15 anni che consumano alcol almeno una volta all'anno sono, per quanto riguarda i maschi il 20% ca. e per quanto riguarda le femmine, poco più del 15%. Critico risulta essere anche il quadro della diffusione dei comportamenti di consumo a rischio tra i ragazzi di 16-17 anni; infatti di questi il 15% dei maschi e il 7% delle femmine dichiara di far uso di alcol, almeno una volta all'anno con modalità che rasentano il binge drinking.

Il "binge drinking"(abbuffata di alcol) è una modalità di bere completamente diversa dallo stile tradizionale mediterraneo del bere ed è finalizzata alla ricerca dello sballo alcolico; con tale termine si intende un consumo di almeno 5 bicchieri di alcolici fuori dai pasti e nell'arco di tempo di circa 2 ore. Dai

dati ISTAT 2005, su un campione di età compresa fra 13 e 24 anni, emerge che il consumo si concentra al sabato (50% dei maschi e 41% delle femmine), la fascia di età più rappresentata è fra 16 e i 19 anni e che le ragazze fanno binge drinking meno rispetto ai maschi (6,1% contro 14,6%). L'assunzione di bevande alcoliche, non è più concentrata nel solo week-end, ma si va estendendo anche agli altri giorni della settimana coinvolgendo ogni anno circa 800.000 giovani al di sotto dei 16 anni.

Molte delle patologie alcol-correlate iniziano precocemente già nella fascia di età 15-29 anni (33,6%), seguita dalla fascia 30-44 (31%) e 45-59 (22%), a differenza di quanto avviene per altri fattori di rischio noti (ad. es. il fumo di tabacco).

Le patologie d'organo alcol-correlate sono condizioni estremamente più diffuse nella popolazione rispetto alla punta dell'iceberg rappresentato dall'alcoldipendenza ed il loro esordio è in funzione non solo della quantità di etanolo, ma anche ed in primo luogo dalla tipologia del bere (essendo considerato un fattore di rischio anche il bere eccessivo occasionale). L'esordio di tali patologie, strettamente legato alla quantità del consumo e al tempo di inizio, è spesso favorito da condizioni sociali meno abbienti;

Nel 2002 si è registrato un incremento del 2,8 nei tassi di ospedalizzazione totalmente alcol-attribuibili (177,1/100.000 abitanti rispetto al 172,2/100.000 del 2001) con riscontro di dimissioni ospedaliere per patologie totalmente alcol correlabili anche per la classe di età 0-14 anni: 3,9 dimissioni per 100.000 abitanti per i giovanissimi al di sotto dei 14 anni di età e 1,8 per 100.000 abitanti per le giovanissime.

In Campania nel 2004 vi sono stati 2780 dimissioni per diagnosi principale alcol-correlata e 1391 per diagnosi concomitante alcol-correlata, con picchi massimi fra 30 e 50 anni in entrambi i sessi. La motivazione principale è stata la cirrosi, seguita da steatosi e intossicazione acuta.

Il Ministero della salute nel 2004 ha riferito che, sulla base dei 108.000 ricoveri del 2004 I dati disponibili indicano che la CIRROSI permane la condizione per la quale si registra il maggior ricorso al ricovero affiancata dai circa 33.000 ricoveri richiesti da Alcoldipendenti.

Rilevanti i ricoveri da Abuso di Alcol e per Steatosi Epatica, Danno da Alcol e Epatite Acuta.

Dalle informazioni relative alla Rilevazione 2002 dei dati di attività dei Servizi per la cura delle alcoldipendenze (Ministero della Salute) si rileva nel periodo 1996-2002 un incremento del 109 % nel numero degli alcoldipendenti di sesso maschile (dai 16.361 del 1996 ai 34.191 del 2002) e del 100 % per le alcoldipendenti (dai 5.148 ai 10.299) con un abbassamento dell'età media, registrabile in particolare per gli utenti più giovani.

In Italia, il 46% degli incidenti stradali è connesso all'uso di alcol. Circa il 3-8% delle morti, inoltre, (6,3% per gli uomini e 1,1% per le donne) e il 4-6% delle disabilità nel mondo sono attribuibili all'alcol, con un incremento sensibile a partire dal 2000 e ciò principalmente per il verificarsi di un aumento dei consumi fra i giovani ed i soggetti di sesso femminile.

Molteplici fattori, genetici ed acquisiti, possono influenzare l'inizio della steatosi epatica e la sua progressione fino alla cirrosi e all'epatocarcinoma (quantità e tipo di glucidi e lipidi introdotti con la dieta, diete drastiche e non bilanciate, dieta ricca in acidi grassi saturi e povera in polinsaturi, fibre, vitamina C ed E, "fast foods", ecc.,). L'Alcol, insieme ad obesità ed utilizzo di diete non equilibrate aumenta, in modo sinergico, il rischio di danno epatico cronico.

*Soluzioni proposte sulla base delle evidenze scientifiche di provata efficacia*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha emanato nel gennaio 2010 un documento atto a ridurre i rischi legati al consumo alcolico essendo l'alcol fattore di rischio "evitabile".

Sulla base delle seguenti considerazioni il progetto prevede il diretto coinvolgimento di un gruppo di giovani (studenti del IV anno di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli) che, attraverso il loro linguaggio e le loro metodologie, possano essere cassa di risonanza per l'informazione e la formazione di altri giovani sul corretto stile di vita e sul cattivo uso di bevande alcoliche: le metodologie di formazione saranno incentrate sull'autodeterminazione e sulle scelte consapevoli

I giovani, opportunamente formati, saranno sottoposti a follow up periodico da parte di unità operative coinvolte per valutare la loro capacità di diffondere messaggi sulle corrette abitudini riguardo il consumo di alcol.

La selezione della popolazione target avverrà, inizialmente, tra gli studenti del quarto anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università Federico II e Seconda Università di Napoli.

Tra gli strumenti di monitoraggio è prevista, tra l'altro, la creazione di una scheda rilevazione dati ed app che, tramite i social network, permetta di diffondere messaggi, conoscenze ed esperienze sulle corrette abitudini in merito al consumo di alcol. Numerosi sono i dati più recenti della letteratura che indicano tali metodologie sensibili ed efficaci nella rilevazione dell'uso di alcol fra i giovani.

#### *Obiettivi e responsabilità del progetto*

L'obiettivo generale è la prevenzione dei danni epatici alcol correlati attraverso la modifica dello stile di vita dei giovani (dieta e uso di alcol).

#### *Obiettivi specifici.*

Attraverso i giovani il progetto si propone di:

- ridurre l'uso smodato delle bevande alcoliche,
- limitare l'uso dell'alcol lontano dai pasti,
- ridurre il fenomeno del binge drinking
- ridurre il numero dei ragazzi che si mette alla guida dopo aver bevuto.

#### *Il Piano di valutazione dell'obiettivo generale e degli obiettivi specifici prevede:*

- La verifica, attraverso gli stessi strumenti, della sensibilizzazione ottenuta circa la pericolosità delle bevande alcoliche ed utilizzo di un etilometro "virtuale" per valutare, di persona, quanto ogni singolo soggetto beve;
- La verifica "self" del tipo di modifiche alimentari suggerite e attuate;
- La creazione di alcuni spots pubblicitari e/o video, utilizzando anche persone dello spettacolo/calcio quali testimonials, da parte dei ragazzi.
- La creazione di un sito Internet della regione Campania a disposizione dei giovani per il corretto stile di vita e le problematiche alcol-correlate

**CRONOGRAMMA IPOTIZZATO SU 24 MESI**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Incontro e coinvolgimento degli studenti delle Università	x	x	x	x	X																				
Creazione del Prodotto del materiale virtuale e della app				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X										
Realizzazione degli spot pubblicitari											x	x	x	x	x	x	x	x	x						
Verifica self																x	x	x	x	x	x	x			
Analisi dei dati e stesura della relazione finale																						x	x	x	x

**Progetto 22: Promozione di stili di vita salutari nella popolazione giovane-adulta: guadagnare salute nutrendosi meglio, muovendosi di più, non fumando e consumando alcol con moderazione (Quadro d'Insieme n° 2.9.7)**

Numero identificativo della linea di intervento

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione, sedentarietà, fumo di tabacco, alcol e altre dipendenze)

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento

“Per stile di vita si intende un modo di vivere fondato su modelli comportamentali riconoscibili, determinati a loro volta dall’interazione fra caratteristiche personali del singolo, relazioni sociali e socio-economiche, nonché condizioni di vita ambientali” (OMS, 1998).

Esiste, ormai, evidenza scientifica che gli stili di vita incidono in modo determinante sulla salute: secondo l’OMS, in Europa l’86% dei decessi ed il 77% degli anni di vita in buona salute persi sono provocati da patologie croniche, che hanno in comune fattori di rischio modificabili<sup>1</sup>; inoltre il 50-60% del carico di malattia (espresso in DALY) è causato, in particolare, da sette fattori di rischio modificabili: tabagismo, ipertensione arteriosa, alcol, eccesso di colesterolo, sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura, inattività fisica.

<sup>1</sup> WHO, Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2006

I principali rischi si vengono a creare al di fuori del sistema sanitario: ad esempio l'abitudine al fumo si acquisisce generalmente in età giovanile, tra pari o in famiglia (apprendendo questi comportamenti dai genitori); l'organizzazione sociale induce comportamenti sedentari (riduzione delle possibilità di muoversi e giocare liberamente per i bambini in favore di attività "statiche"- tv e videogiochi, che veicolano, tra l'altro, messaggi pubblicitari favorevoli al consumo di alimenti altamente calorici; riduzione degli spazi verdi dei centri urbani); etc.

Di conseguenza i comportamenti, che influiscono sullo stato di salute, ricadono sotto la sfera della responsabilità individuale ma sono anche fortemente influenzati dall'ambiente e dall'organizzazione sociale.

In linea con tali assunti il DPCM 4 Maggio 2007 "Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari" ha fornito un orizzonte strategico e un quadro di riferimento per l'azione, basati sull'idea che per ridurre il carico di malattie croniche che grava sulla popolazione è necessario ridurre i principali rischi e i loro determinanti attraverso la promozione di una sana alimentazione e di un'adeguata attività fisica, attraverso la lotta al fumo e all'abuso d'alcol.

Il motto della strategia è particolarmente efficace in quanto il termine *scelta* sottolinea la responsabilità dell'individuo, mentre il termine *rendere facili* sottolinea la responsabilità dei governi e dei diversi settori della società: la salute e il benessere dovrebbero diventare un valore presente in tutte le politiche dei governi.

Per contrastare i comportamenti dannosi (fumo e abuso d'alcol) e promuovere gli stili di vita "virtuosi" (sana alimentazione e attività fisica) sono disponibili interventi di provata efficacia, attuabili a vari livelli (individuali e di comunità) tenendo in debito conto, in regione Campania, dell'entità e delle caratteristiche di ogni fenomeno.

### *Fumo*

Il fumo di tabacco è stato definito dall'OMS come prima causa evitabile di malattia e morte nell'attuale società. La nicotina viene oggi riconosciuta, al pari dell'alcol, cocaina, allucinogeni e oppiacei, tra le sostanze psicoattive capaci di indurre dipendenza fisica e psichica. Ogni anno il fumo è causa di morte, in Italia, di circa 84.000 persone mentre il costo delle patologie legate al consumo di sigarette è stimabile intorno all'8% della spesa sanitaria totale (0,47% sul PIL). Al fumo sono attribuibili un terzo di tutte le morti per cancro ed il 15% di tutte le cause di morte.

In Italia<sup>2</sup>, secondo i dati del Sistema di Sorveglianza "PASSI", la prevalenza di fumatori nella fascia d'età 18-69 anni è del 29%. In Campania tale valore sale al 30% e l'abitudine risulta essere maggiormente diffusa tra i maschi, nelle classi d'età più giovani, nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; il 66% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere da un operatore sanitario, il 34% ci ha tentato ma soltanto il 2% ci è riuscito.

Riguardo al fumo passivo, infine, le stime Passi 2009 indicano che, in Campania, sia nei locali pubblici sia sui luoghi di lavoro il rispetto del divieto è minore del valore nazionale, in linea, purtroppo con le altre regioni del sud Italia

---

<sup>2</sup> Dato riferito al Pool di ASL italiane partecipanti, nel 2009, alla rilevazione del sistema di Sorveglianza (126/148; 85%)

### *Alcol*

Il consumo di alcol, invece, ha assunto, in sanità pubblica, un'importanza sempre maggiore legata alla diretta correlazione con la genesi di numerose malattie: cirrosi epatica, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, malattie cardiovascolari e tumori. Inoltre, il consumo di alcol facilita incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza e il fenomeno della dipendenza.

Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, può estendersi, altresì, alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società, anche in termini economici: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto interno lordo.

Le persone a particolare rischio di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori, le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute (*binge drinking*<sup>3</sup>).

In base alle stime prodotte dal Sistema di Sorveglianza PASSI nel 2009, l'8% della popolazione tra i 18 ed i 69 anni, in regione Campania, è da considerarsi consumatore a rischio: tra questi il 6% è forte bevitore, il 3% beve prevalentemente fuori pasto ed il 2% è un bevitore "binge". La prevalenza dei bevitori binge è doppia nella fascia d'età 18-24 anni, raggiungendo il 4%.

La letteratura e l'esperienza insegnano che è opportuno evitare azioni semplicemente informative sulle sostanze e messaggi di tipo allarmistico e proibitivo, in favore di azioni che tendano a rinforzare i fattori protettivi contestuali ed individuali. La prevenzione del consumo di alcol e di sostanze stupefacenti va affrontata con progetti trasversali, non episodici e che hanno spesso come esito il verificarsi di circuiti virtuosi che attivano le risorse di un territorio.

### *Alimentazione*

L'apporto dei vari nutrienti nelle giuste quantità e proporzioni consente di ridurre i problemi di sovrappeso, dislipidemia ed ipertensione arteriosa. È ben noto, inoltre, il ruolo positivo del consumo di vegetali sulla salute, quali fattori di protezione contro diverse neoplasie (polmone, stomaco, orofaringe, esofago).

Secondo i dati 2008 del sistema di sorveglianza PASSI in Italia solo il 10% del campione intervistato, di età tra i 18 ed i 69 anni, riferisce un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, secondo quanto prescritto dalle raccomandazioni internazionali.

In Campania, il dato si fa ancora più preoccupante, riducendosi al 6%, specchio di un progressivo allontanamento dalle abitudini alimentari della dieta mediterranea laddove, paradossalmente, la disponibilità degli alimenti base è maggiore.

### *Attività fisica*

Analogamente preoccupanti risultano essere i dati inerenti la sedentarietà: la scarsa attività fisica è un fattore di rischio indipendente per diabete, malattie cardiovascolari, obesità, osteoporosi e sintomi di depressione. Nelle persone che soffrono di artrosi e nella terza età, l'inattività fisica aumenta fortemente il rischio di disabilità.

I dati nazionali di PASSI 2009 hanno evidenziato che ben quasi 1/3 degli intervistati, di età compresa tra i 18 ed i 69 anni, risultava completamente sedentario e questo dato raggiunge proporzioni eclatanti in Campania dove addirittura il 44% della popolazione non svolge alcuna attività fisica.

---

<sup>3</sup> Definizione di *binge drinking*: consumo di sei o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione, almeno una volta al mese.



Sovrappeso ed obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione .

Le caratteristiche sociali influenzano in maniera rilevante l'obesità: sono le persone con bassa scolarità e con basso reddito a presentare più frequentemente eccessi ponderali.

Numerosi indicatori socio-economici situano la Campania lontana dalla media delle altre Regioni italiane, quasi sempre nelle posizioni più estreme e sfavorevoli, con ovvie conseguenze avverse sulla salute dei cittadini. E' necessario, dunque, monitorare le caratteristiche maggiormente correlate a determinati comportamenti o abitudini, per sviluppare interventi mirati e favorire la diffusione di comportamenti "virtuosi".

Tali interventi non possono prescindere dall'interazione di diversi attori (medici di famiglia, pediatri, servizi territoriali e ospedalieri, servizi socio-assistenziali, etc.) e dall'adozione di politiche sociali che permettano di attuare piani di miglioramento degli stili di vita della popolazione<sup>4</sup>.

#### *Obiettivi Generali*

Riduzione (o contenimento) della prevalenza di soggetti con stili di vita non sani, riguardo l'alimentazione e l'attività fisica, l'abitudine al fumo e all'abuso di alcol, attraverso la promozione di attività favorevoli al contrasto alla sedentarietà, la disassuefazione dal tabagismo, l'uso moderato di alcol e la diffusione di abitudini alimentari "sane".

#### *Risultati Attesi*

- Riduzione della prevalenza di alcuni fattori di rischio modificabili, correlati all'insorgenza di malattie cronico-degenerative (sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura, ipertensione arteriosa, eccesso di colesterolo, abitudine al fumo, abuso di alcol)
- Incremento della prevalenza di popolazione adulta fisicamente "attiva"
- Aumento del consumo di frutta e verdura e di alimenti "sani";

#### *Azioni Principali*

- Costituzione gruppi di lavoro nell'ambito sanitario, con compiti di "supporto, programmazione, coordinamento, valutazione" (livello regionale) e " di intervento organizzativo e gestionale" (livello aziendale)
- Individuazione dei portatori di interesse
- Predisposizione di un piano di comunicazione sugli stili di vita in base ai dati derivanti dai sistemi di sorveglianza e le banche dati attualmente disponibili
- Individuazione degli interventi di provata efficacia adattabili al contesto locale
- Preparazione dei materiali e dei documenti
- Attuazione degli interventi
- Verifica dei risultati attesi attraverso l'analisi dei dati derivanti dai sistemi di sorveglianza e delle banche dati attualmente disponibili
- Stesura di un report sintetico delle attività condotte e dei risultati raggiunti

---

<sup>4</sup> WHO 2008-2013, Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

*Azioni Tematiche*

<b>Azioni</b>	<b>Attività regionali (Linee di supporto, programmazione, coordinamento, valutazione)</b>	<b>Attività ASL (Linee di intervento organizzativo e gestionale)</b>
ALIMENTAZIONE	<p>Accordi quadro interistituzionali (sanità, agricoltura, commercio, ambiente, scuola) e indirizzi normativi/ sistemi incentivanti: per l'applicazione delle linee di indirizzo regionali per il miglioramento dell'offerta alimentare nella ristorazione collettiva (scolastica assistenziale, ospedaliera), nella ristorazione pubblica e nella distribuzione per il miglioramento della disponibilità e accessibilità a cibi sani tra i gruppi sociali più poveri distribuzione nelle aree e nei gruppi più deprivati</p>	<p>Attuazione degli obiettivi della programmazione specifica in relazione a: attuazione delle azioni previste dai sistemi di sorveglianza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> consolidamento delle azioni relative alla valutazione dei menu, alla vigilanza nutrizionale e ai controlli di sicurezza alimentare nella ristorazione collettiva</li> <li><input type="checkbox"/> miglioramento delle modalità di porzionatura e monitoraggio degli avanzi nella ristorazione scolastica</li> <li><input type="checkbox"/> attivazione in tutte le ASL di sportelli nutrizionali/ambulatori per interventi individuali e di gruppo</li> <li><input type="checkbox"/> informazioni alla popolazione generale per l'incremento dei consumi di frutta e verdura nella popolazione generale</li> </ul> <p>Programmi di informazione e sensibilizzazione per i titolari pubblici e privati degli esercizi di ristorazione e mense aziendali all'offerta di alimenti compatibili con una alimentazione sana</p>
ATTIVITÀ FISICA	<p>Accordi quadro interistituzionali (sanità, agricoltura, commercio, ambiente, scuola) e indirizzi normativi/sistemi incentivanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per stimolare tutti gli ambienti di lavoro a investire nell'attività motoria durante l'orario scolastico</li> <li>- per stimolare le amministrazioni a migliorare l'ambiente urbano, in particolare nelle aree maggiormente deprivate, in modo da incentivare l'attività fisica</li> </ul>	<p>Programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili su target specifici di popolazione (lavoratori, donne, grandi adulti - 50 /69 anni -, ecc.)</p>
FUMO	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Definizione di un Piano Regionale Antitabacco "Campania libera dal fumo" attraverso programmi specifici di:</li> <li>- assistenza e supporto alla disassuefazione della popolazione adulta (18-69 aa)</li> <li>- promozione della salute e prevenzione dell'abitudine al fumo tra le donne in gravidanza</li> <li>- controllo del fumo passivo – Luoghi di lavoro liberi dal fumo</li> <li>- controllo del fumo passivo – Locali pubblici liberi dal fumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Condivisione del Piano Regionale Antifumo "Campania libera dal fumo" costituendo un'interfaccia strategico-operativa tra il livello regionale e il livello periferico</li> <li><input type="checkbox"/> sperimentazione di percorsi innovativi</li> <li><input type="checkbox"/> favorire processi integrativi con altre strategie locali di prevenzione</li> <li><input type="checkbox"/> contribuire ai livelli di pianificazione locale della prevenzione e della promozione della salute fondati sulla corresponsabilità e la partecipazione</li> </ul>

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

	- controllo del fumo passivo - Ospedali e Servizi sanitari senza Fumo	<input type="checkbox"/> contribuire alle fasi di valutazione e monitoraggio del programma regionale  Programmi di informazione e sensibilizzazione al divieto di fumo per i datori di lavoro e per i titolari di locali pubblici
ALCOL	Stesura di un progetto regionale di prevenzione e contrasto all'uso e abuso di alcol e delle patologie alcol-correlate che preveda: <input type="checkbox"/> elaborazione di proposte e di raccomandazioni per la pratica e l'organizzazione dei servizi, <input type="checkbox"/> elaborazione di proposte di linee di indirizzo per l'attività clinica <input type="checkbox"/> mappatura dei molteplici servizi sanitari che trattano le problematiche relative alle patologie alcol-correlate <input type="checkbox"/> individuazione delle azioni programmatiche necessarie	<input type="checkbox"/> Collaborare alle attività del gruppo regionale nella fase di analisi e mappatura <input type="checkbox"/> Applicazione delle proposte e raccomandazioni individuate nel Piano regionale di prevenzione e contrasto all'uso e abuso di alcol e delle patologie alcol-correlate

*Attori*

- Regione (Assessorati Sanità, Agricoltura, Commercio, Urbanistica, Trasporti e Viabilità)
- Aziende Sanitarie ed ospedaliere
- Scuola
- Comuni
- Associazioni di categoria

*Portatori Di Interesse*

- Popolazione generale
- Decisori\Amministratori
- Operatori sanitari (MMG, specialisti, operatori sanitari e non impegnati nella promozione della salute),
- Enti locali
- Associazioni di categoria

*Criticita'*

L'auspicato forte coinvolgimento del settore sociale, "esterno" a quello sanitario, costituisce fattore di complessità organizzativa, a causa della sua frammentazione e dell'agire in conformità a mandati propri.

I tempi di realizzazione dell'indagine saranno vincolati alla messa a punto del sistema a livello regionale ed alla rapidità di partecipazione "attiva" degli enti coinvolti.

*Sistema Di Valutazione*

Realizzazione degli indicatori di verifica

Analisi dei dati prodotti dai sistemi di sorveglianza (PASSI) e dalla banche dati disponibili (ISTAT)

*Cronoprogramma*

	2011												2012											
ATTIVITA'	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Costituzione gruppi																								

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

di lavoro nell'ambito sanitario	█	█	█																		
Individuazione dei portatori di interesse			█	█	█	█															
Predisposizione di un piano di comunicazione					█	█	█														
Individuazione degli interventi adattabili al contesto locale					█	█	█	█	█												
Preparazione dei materiali e/o documenti							█	█	█	█	█										
Attuazione degli interventi									█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Verifica dei risultati attesi											█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Stesura report finale																					█

**Beneficiari**

- Popolazione generale di età compresa tra i 18 ed i 69 anni
- Sistema Sanitario Regionale

**Obiettivi Di Salute (E/O Obiettivi Di Processo) Perseguiti**

- Maggiore consapevolezza dei problemi legati ad abitudini alimentari non corrette ed ad uno stile di vita sedentario
- Aumento del consumo di frutta e verdura
- Aumento della quota di popolazione fisicamente "attiva"
- Riduzione della prevalenza di persone in eccesso di peso
- Riduzione della prevalenza di persone affette da ipertensione e/o da ipercolesterolemia
- Riduzione della prevalenza di fumatori
- Aumento della prevalenza di operatori sanitari che consigliano ai fumatori di smettere
- Riduzione della prevalenza di locali pubblici in cui è permesso fumare
- Riduzione della prevalenza di luoghi di lavoro in cui è permesso fumare
- Riduzione della prevalenza di bevitori a rischio
- Riduzione della prevalenza di bevitori "binge" tra i giovani (18-24 aa)

Verifica						
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			atteso	osservato	atteso	osservato
Costituzione dei gruppi di lavoro (regionale ed ASL)		Non presente	presente		presente	
Elenco portatori di interesse		Non presente	presente		presente	
Predisposizione di un piano di	Risultati regionali	Report regionale completo 2009 e	Regione e 25% delle		Regione e 66% delle	

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

comunicazione	PASSI	schede tematiche 2009	ASL: report 2009 e/o schede tematiche 2010		ASL: report regionale 2010 e/o schede tematiche 2011	
Predisposizione di un documento con indicazione delle linee di intervento		Non presente	presente		presente	
Preparazione dei materiali e/o dei documenti		Non applicabile	presenti		presenti	
Attuazione degli interventi		Non presente	Attivazione e di almeno 2 interventi tra quelli individuati		Attivazione e di almeno 3 interventi tra quelli individuati	
Prevalenza dei sedentari	Risultati regionali PASSI <sup>5</sup>	44%	38%		35%	
Prevalenza degli operatori sanitari che indagano i propri assistiti sull'AF	Risultati regionali PASSI <sup>3</sup>	24%	28%		33%	
Prevalenza di persone in eccesso ponderale (18-69 aa)	Risultati regionali PASSI <sup>3</sup>	48%	45%		42%	
Consumo di frutta e verdura	Risultati regionali PASSI <sup>3</sup>	6%	8%		10%	
Prevalenza fumatori	Risultati regionali PASSI <sup>3</sup>	30%	29%		28%	
Prevalenza operatori sanitari che consigliano di smettere di fumare (ai fumatori)	Risultati regionali PASSI <sup>3</sup>	66%	70%		75%	
Luoghi pubblici in cui si rispetta il divieto di fumare	Risultati regionali PASSI <sup>3</sup>	74%	78%		82%	
Luoghi di lavoro in cui si rispetta il divieto di fumare	Risultati regionali PASSI <sup>3</sup>	84%	87%		90%	
Prevalenza bevitori a rischio	Risultati regionali PASSI <sup>3</sup>	8%	6%		4%	
Prevalenza bevitori binge tra i	Risultati regionali	4%	3%		2%	4

<sup>5</sup> (18-69 aa)

giovani	PASSI <sup>3</sup>					
Stesura di un report sintetico delle attività condotte e dei risultati raggiunti		Non applicabile	Almeno il 25% degli interventi previsti nel piano di comunicazione		Almeno il 50% degli interventi previsti nel piano di comunicazione	

**Progetto 23: Prevenzione dell'obesità e delle comorbidità associate in Campania mediante la gestione integrata del paziente a rischi (Quadro d'Insieme n° 2.9.8)**

Identificativo della linea o delle linee di intervento generali di cui in tabella 1

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

Introduzione

In Italia vi sono, attualmente, circa 16.5 milioni di soggetti in sovrappeso e circa 5.5 milioni di pazienti obesi (5 milioni con un indice di massa corporea (IMC) compreso tra 30 e 40 kg/m<sup>2</sup>, 500.000 con un IMC >40 kg/m<sup>2</sup>). L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Nazionale conferma questi dati, registrando per la Campania l'esistenza di una persona su 3 con indice di massa corporea oltre i 30, nell'età 35-74 anni. Secondo i dati ottenuti dal progetto PASSI, la Regione Campania, insieme alla Sicilia, Basilicata, Abruzzo e Molise, è tra le Regioni con maggiore diffusione di sovrappeso e obesità, con una prevalenza che si attesta tra il 45-54%.

Analogamente OKKio alla salute, che fornisce dati misurati relativi ai bambini di età 8-9 anni, ha evidenziato che mentre secondo la media nazionale il 12.3% dei bambini è obeso ed il 23.6% è in sovrappeso, nella Regione Campania, insieme alla Sicilia, Calabria, Basilicata e Molise, prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini > 40%. Questo significa che 1 milione e centomila bambini tra i 6 e gli 11 anni sono sovrappeso o obesi in tutta Italia. Tutto questo si traduce in un enorme impatto sociale, dal momento che l'obesità e le malattie correlate, quali diabete, ipertensione, steatosi epatica, insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria, comportano una riduzione della quantità ed uno scadimento della qualità della vita nonché costi sanitari e sociali, diretti ed indiretti estremamente rilevanti.

A fronte di un problema di tale entità ed a parte le indagini epidemiologiche sovra menzionate, non esistono in regione Campania strumenti sistematici di raccolta anche dei più elementari dati antropometrici, per progettare, realizzare e valutare interventi di salute pubblica e che riguardano la parte molto più vasta dei pazienti in sovrappeso ed obesi che non accede al regime di ricovero ospedaliero. Inoltre, un dato interessante che è emerso dal progetto PASSI è che non frequentemente le persone in eccesso ponderale ricevono consigli dai medici e dagli altri operatori sanitari cui si rivolgono di modificare il loro stile di vita per migliorare la propria condizione. Infine, nello stesso progetto è stato evidenziato come sia sostanzialmente scarsa la consapevolezza del rischio derivante dall'eccesso di peso

per la propria salute. Nessun dato è invece disponibile sull'intervento di prevenzione nei pazienti normopeso o sovrappeso nei riguardi del rischio di obesità e dei rischi connessi all'aumento ponderale.

Risulta quindi evidente come, nell'ambito della gestione integrata del paziente a rischio di obesità secondo un percorso di Disease Management, siano necessari due momenti essenziali: da una parte è necessaria la consapevolezza della classe medica campana circa le stime reali della diffusione del problema obesità e dall'altra risulta fondamentale il ruolo dell'informazione per il riconoscimento dei rischi connessi all'incremento ponderale. L'informazione risulta quindi premessa imprescindibile nel condizionare la partecipazione attiva al percorso di modifica delle abitudini alimentari e dello stile di vita che sono necessarie per ottenere una riduzione stabile dell'IMC.

Oltre ai sistemi nazionali e regionali di sorveglianza sulla salute che producono periodicamente dati relativi allo stato nutrizionale della popolazione e degli stili di vita ad esso associati (PASSI, OKkio alla Salute, HBSC), anche altri sistemi informativi sono in evoluzione. La maggioranza dei Medici di Medicina Generale (MMG) è attualmente raggiunta da una rete informatica che ha grosse potenzialità nello scambio di informazioni. Le attività messe in campo nel Piano di prevenzione delle complicanze del diabete (progetto IGEA) ed il loro stato di attuazione, hanno reso possibile lo sviluppo del progetto di Prevenzione dell'obesità in pazienti affetti da Diabete Mellito o Sindrome Metabolica attraverso un programma di Disease Management con il reclutamento di pazienti tra quelli che avevano già dato l'adesione al progetto IGEA, attraverso il consenso informato. Dal 2009, infine, è stata attivata presso il Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia – Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli Ca.r.e. (Campania rete endocrinologia; [www.endocare.it](http://www.endocare.it)), la prima rete telematica tra endocrinologi in Italia che permette il flusso di informazioni e aggiornamenti con i medici delle altre strutture sanitarie territoriali; tale centro ha già realizzato in passato esperienze nell'ambito della formazione degli operatori sanitari, della realizzazione di progetti e nella relativa valutazione di efficacia.

### Breve descrizione dell'intervento programmato

#### *Razionale dell'intervento*

Il progetto propone la realizzazione di un percorso di *Disease Management* finalizzato alla prevenzione dell'obesità nei soggetti in sovrappeso. Per affrontare il problema della prevenzione dell'obesità è necessario che i cittadini siano informati attraverso messaggi chiari ed efficaci -allo scopo di favorire la promozione di stili di vita salutari attraverso l'*empowerment* dei singoli e dell'intera comunità- realizzati e trasmessi sia da operatori sanitari sia da operatori non sanitari.

L'intervento sui soggetti deve essere appropriato a raggiungere gli obiettivi prestabiliti e prevedere fasi di intervento di complessità crescente, dall'educazione sanitaria elementare, all'intervento nutrizionale elementare, fino ai complessi modelli di intervento cognitivo comportamentale. La realizzazione del progetto comprende l'organizzazione di un percorso assistenziale attraverso l'integrazione tra MMG, Distretti Sanitari (ambulatori specialistici e consultori familiari), operatori, formati specificatamente per il percorso di prevenzione e centri di secondo livello.

Il progetto si articola in piano formativo, piano di intervento, e piano di elaborazione dei dati con valutazione dei risultati ottenuti.

#### *Obiettivi*

##### *Obiettivo Generale*

Il progetto ha come obiettivo la prevenzione dell'obesità e delle patologie endocrine e metaboliche correlate all'obesità nei pazienti sovrappeso attraverso la realizzazione di un percorso di *Disease*

*Management*, con una conseguente riduzione del rischio cardiovascolare, riduzione di un uso improprio dei farmaci per compensare un inadeguato stile di vita, ed una conseguente riduzione della spesa sanitaria.

#### *Obiettivo Specifico 1*

Individuazione dei soggetti a rischio obesità ( $IMC \geq 25 \leq 29.9$  senza co-morbidità) o soggetti già con patologia in atto e/o obesità ( $IMC \geq 25 \leq 29.9$  con co-morbidità;  $IMC > 30$ ) tra i pazienti arruolati dai MMG, ed organizzazione di un percorsi assistenziali mirati attraverso l'integrazione tra MMG, Distretti Sanitari (ambulatori specialistici e consultori familiare), operatori formati specificatamente per il percorso di prevenzione, e centri di secondo livello secondo il modello assistenziale del Disease Management.

#### *Obiettivo Specifico 2*

Implementazione del programma di educazione mirato a conoscere ed evitare i comportamenti a rischio, attraverso l'empowerment, processo con cui il soggetto in cura acquisisce la conoscenza e l'abilità necessaria all'autogestione del problema, partecipando così attivamente e in modo consapevole alle modifiche dello stile di vita necessarie al raggiungimento dell'obiettivo della riduzione dell'eccesso ponderale e delle patologie endocrine e metaboliche correlate all'obesità.

#### *Obiettivo Specifico 3*

Adeguare e monitorare il piano di intervento dell'offerta assistenziale al crescente numero di soggetti sovrappeso ed obesi, attraverso l'identificazione di percorsi differenziati e stratificati in base al livello dell'IMC e della presenza o meno di co-morbidità, assicurando così una continuità assistenziale fondamentale ai fini dell'organizzazione di un percorso efficace ed efficiente, senza dispersione di risorse e vicina alle necessità dell'utenza.

#### *Obiettivo Specifico 4*

Ampliamento della conoscenza della diffusione del sovrappeso e dell'obesità in Regione Campania delle patologie endocrine e metaboliche correlate all'obesità, presupposto necessario ed imprescindibile per una gestione efficiente delle risorse sanitarie, degli interventi di prevenzione nell'ottica del risparmio della spesa farmaceutica.

#### *Risultati attesi (in 2 anni)*

Messa a punto di un piano di formazione per gli operatori

Formazione dei MMG e degli Specialisti ambulatoriali che aderiscono al progetto

Formazione degli operatori addetti all'informazione ed ai gruppi di ascolto ed aiuto

Supporto gli operatori, MMG, e Specialisti ambulatoriali in tutti i livelli di intervento

Messa a punto di un piano di comunicazione per la popolazione

Messa a punto di un piano di intervento

Realizzazione di collaborazione con il SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione) regionale

Censimento delle palestre che hanno attivato i corsi dedicati al fitness metabolico

Riferimento a strutture di 2° livello dei casi complessi che necessitano di ulteriori interventi integrati diagnostico-terapeutici.

Elaborazione di dati di processo e di esito per la valutazione dell'efficacia dell'intervento



### *Azioni principali*

#### *Azioni a livello regionale*

- Creazione di un comitato scientifico per la formazione del personale e la progettazione del piano di comunicazione. Tale comitato sarà opportuno che tale comitato includa i diversi portatori di interesse: esperti in comunicazione, Endocrinologi, Nutrizionisti, esperti di Fitness Metabolico, Epidemiologi, rappresentante dei MMG, rappresentante dei Servizi Materno-Infantili, rappresentante degli Specialisti Ambulatoriali di Endocrinologia, rappresentanti delle Associazioni di Volontariato del Servizio Civile, altre eventuali associazioni di cittadini e di consumatori, CIDO (Comitato italiano per i diritti delle persone affette da Obesità e disturbi alimentari), le farmacie, le catene della grande distribuzione alimentare.
- Progettazione e realizzazione di un piano di comunicazione mediante l'ausilio di materiale divulgativo, con la creazione di modelli essenziali di alimentazione e di attività fisica funzionali all'attuazione delle strategie delle modifiche dello stile di vita. Creazione di un sito web.
- Recepimento dei dati di processo e di esito delle attività mediante sistema informativo *ad hoc*.
- Elaborazione dati mediante indicatori indiretti (livello di conoscenza e percezione del problema in relazione al livello socio-culturale dei pazienti coinvolti nel piano di prevenzione) ed indicatori diretti (IMC, circonferenza addominale, dati diagnostici ematochimici e strumentali, dati di intervento terapeutico).
- Valutazione dell'efficacia dell'intervento di coinvolgimento attivo rispetto mediante confronto tra gli indicatori ottenuti nel gruppo di pazienti incluso nel presente progetto ed un gruppo di pazienti sottoposto a cure standard.
- Produzione del report di attività

#### *Azioni a livello aziendale*

- La popolazione target è la fascia 18-65 anni, con  $IMC \geq 25$  (sovrappeso) e circonferenza addominale  $> 88$  cm nel sesso femminile e  $> 102$  cm nel sesso maschile. La stratificazione della popolazione selezionata per l'intervento in fasce di età e gravità del caso, consente di predisporre interventi appropriati per intensità, complessità e costo.
- Il percorso di prevenzione inizia presso i MMG i quali, mediante i database dedicati, identificano pazienti a rischio in base all'età e ai dati antropometrici. Nelle sedi dei MMG viene offerto un adeguato counselling e reso disponibile materiale informativo, sotto forma di opuscoli e/o manifesti per informare e motivare il paziente a rischio a proseguire nel percorso assistenziale. Vengono, inoltre, prescritti esami emato-chimici utili all'inquadramento dello stato di salute dei singoli.
- I pazienti, così individuati, verranno trattati nelle sedi opportune, in relazione alle loro condizioni di salute: pazienti senza comorbidità associate saranno agevolmente seguiti dai gruppi di ascolto e di aiuto, allocati presso i Distretti territoriali, i Servizi Materno-Infantili, le Circoscrizioni Comunali. I pazienti che invece mostrano comorbidità associate o con gradi severi di obesità, saranno inviati presso centri di livello successivo, con competenze specifiche per affrontare tali trattamenti.
- Le caratteristiche del follow-up diagnostico, dei percorsi in base alla gravità della patologia e del tipo di trattamento verranno precisati dal comitato scientifico del progetto, alla luce e nel rispetto di precisi criteri di efficienza e di efficacia e, soprattutto, in accordo con le indicazioni proposte dalla più recente evidenza scientifica.
- A livello aziendale, i gruppi di ascolto e di aiuto hanno il compito di informare i pazienti sui fattori di rischio connessi al sovrappeso ed alla progressione verso l'obesità e sulla necessità di modificare stile di vita ed abitudini alimentari. Gli incontri sono effettuati in modo da stimolare la discussione sui comportamenti a rischio identificati dai questionari, sulle informazioni fornite e sui modelli di modifiche proposti, per verificare il livello di conoscenza ottenuto e segnalare le eventuali difficoltà

nel percorso di formazione. Gli incontri devono adottare una metodologia diretta ed attiva per ottenere una partecipazione consapevole alle modifiche proposte, con l'obiettivo finale dell'autogestione delle modifiche dello stile di vita e delle abitudini alimentari, ed il possibile coinvolgimento attivo anche degli altri membri della famiglia.

Attori

Popolazione generale

Specialisti di varie aree (endocrinologia, metabolismo, scienze motorie, cardiologia, formazione, epidemiologia, comunicazione, salute pubblica) delle asl e delle strutture assistenziali specialistiche di 2° livello

Asl (distretti sanitari, consultori, MMG, centri di ascolto e di aiuto)

Comuni

Operatori specializzati in formazione

Portatori di interesse

Assessorato alla Sanità

Piani Sociali di Zona

Associazioni del commercio e dei consumatori

Palestre e luoghi in cui si pratica attività motoria

Possibili criticità

Le criticità nello sviluppo del progetto risiedono in gran parte nella carenza di figure professionali quali endocrinologi, dietisti e/o nutrizionisti, psicologi e/o psichiatri, esperti nel campo dell'alimentazione, del fitness metabolico e delle terapie cognitivo-comportamentali a livello territoriale, di figure di supporto, quali operatori del Servizio Civile da formare alle finalità del progetto, e nella attuale scarsa disponibilità di risorse.

Sistema di valutazione

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<b>Prevenzione dell'obesità in Campania mediante la gestione integrata del paziente a rischio</b>
Indicatore/i di risultato	<p>Riduzione del peso corporeo: proporzione di persone che hanno diminuito il proprio peso rispetto al totale delle persone in sovrappeso o obese dopo il percorso di coinvolgimento attivo e/o il percorso assistenziale.</p> <p>Numeratore: N. persone in sovrappeso o obese al tempo t0 che al tempo t1 hanno diminuito il proprio peso corporeo.</p> <p>Denominatore: Totale persone che al tempo t0 sono obese o sovrappeso e che hanno seguito il percorso di coinvolgimento attivo e/o il percorso assistenziale</p> <p>Lo stesso dato si ottiene per il gruppo di pazienti randomizzato che viene valutato ad 1 anno senza alcun intervento.</p> <p>Nota: sovrappeso o obese : persone con <math>IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2</math></p>

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Standard di risultato	Riduzione del peso corporeo almeno nella metà dei soggetti reclutati nel percorso
Indicatore/i di risultato	<p>Circonferenza vita: proporzione di persone con circonferenza vita &lt; ai valori di riferimento rispetto al totale delle persone in sovrappeso o obese, dopo il percorso di coinvolgimento attivo e/o il percorso assistenziale.</p> <p>Nominatore: N. persone in sovrappeso o obese che al tempo t0 hanno la circonferenza vita &gt; ai valori di riferimento e che al tempo t1 hanno diminuito tali valori</p> <p>Denominatore: Totale persone in sovrappeso o obese che al tempo t0 hanno &gt; ai valori di riferimento</p> <p>Lo stesso dato si ottiene per il gruppo di pazienti randomizzato che viene valutato ad 1 anno senza alcun intervento.</p> <p>Nota: valori di riferimento della circonferenza vita: donne &lt; 88 cm uomini &lt; 102 cm</p>
Standard di risultato	Riduzione della circonferenza vita almeno nella metà dei soggetti reclutati al percorso
Indicatore/i di risultato	<p>Modifiche dei parametri ematochimici di alterazione endocrina e metabolica: proporzione di persone che hanno migliorato i parametri endocrini e metabolici rispetto al totale delle persone in sovrappeso o obese con alterazione dei parametri endocrini e metabolici, dopo il percorso di coinvolgimento attivo e/o il percorso assistenziale.</p> <p>Numeratore: N. persone in sovrappeso o obese con alterazione dei parametri endocrini e metabolici al tempo t0 che al tempo t1 hanno migliorato tali parametri.</p> <p>Denominatore: Totale persone in sovrappeso o obese che al tempo t0 sono obese o sovrappeso con alterazione dei parametri endocrini e metabolici e che hanno seguito il percorso di coinvolgimento attivo e/o il percorso assistenziale</p> <p>Nota: I parametri metabolici utilizzati sono quelli proposti dall'ATP III (2)</p>
Standard di risultato	Miglioramento dei parametri ematochimici di alterazione endocrina e metabolica almeno nella metà dei soggetti reclutati al percorso

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 1</b>	<b>Individuazione delle persone a rischio obesità (IMC <math>\geq 25 \leq 29.9</math> senza co-morbidità) o persone già con patologia in atto e/o obesità (IMC <math>\geq 25 \leq 29.9</math> con co-morbidità; IMC <math>&gt; 30</math>)</b>
Indicatore/i di risultato	N. persone che hanno seguito il percorso di prevenzione/ totale delle persone a rischio identificate dai MMG
Standard di risultato	Almeno 20 persone per MMG
Indicatore	N. pazienti che hanno completato il percorso sul totale dei pazienti reclutati al percorso
Standard di risultato	> 60% dei partecipanti
Indicatore	Riduzione del peso e/o della circonferenza vita Miglioramento delle co-morbidità Riduzione della spesa farmaceutica N. questionari con gradimento positivo sul totale questionari somministrati ai pazienti
Standard di risultato	> 60%
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 2</b>	<b>Implementazione del programma di educazione mirato a conoscere ed evitare i comportamenti a rischio, attraverso l'empowerment.</b>
Indicatore/i di risultato	N. questionari che evidenziano le modifiche dello stile di vita e delle abitudini alimentari a t1/ questionari a t0
Standard di risultato	% di modifiche dello stile di vita e delle abitudini alimentari dopo l'intervento/ % di modifiche dello stile di vita e delle abitudini alimentari senza l'intervento
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 3</b>	<b>Adeguamento e monitoraggio dell'offerta assistenziale pubblica.</b>
Indicatore/i di risultato	Attori coinvolti nel progetto: Proporzione di MMG e di specialisti ambulatoriali che hanno aderito al percorso di prevenzione dell'obesità sul totale di MMG e di specialisti ambulatoriali coinvolti
Standard di risultato	Almeno 1 specialista ambulatoriali per ASL coinvolta
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 4</b>	<b>Ampliamento della conoscenza della diffusione del sovrappeso e dell'obesità in Regione Campania delle patologie endocrine e metaboliche correlate all'obesità</b>
Indicatore/i di risultato	report del progetto pubblicazioni scientifiche
Standard di risultato	

**CRONOPROGRAMMA**

	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	
Obiettivo specifico 1	Approvazione del Progetto	x																								
	Identificazione del comitato scientifico del Progetto		x																							
	Accordo con i MMG		x	x																						
	Arruolamento del personale			x	x																					
	Formazione del			x	x	x	x																			

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

	personale																				
	Organizzazione attività percorso				x	x	x														
	Preparazione questionari e del materiale educativo	x	x	x	x																
Obiettivo specifico 2	Avvio del percorso					x															
	Individuazione e arruolamento dei soggetti a rischio con IMC ≥ 25 (1° accesso)					x	x	x	x	x	x										
	2° accesso						x	x	x	x	x	x									
	accesso allo specialista						x	x	x	x	x	x									
	gruppo di ascolto							x	x	x	x	x	x								
	coinvolgimento attivo							x	x	x	x	x	x								
Obiettivo specifico 3	Monitoraggio delle attività						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Valutazione dei risultati																	x	x	x	
	Pubblicazione dei risultati																	x	x		x

**Progetto 24: Piedibus: muoversi in sicurezza (Quadro d'Insieme n° 2.9.9)**

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella 1

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

2.1 – Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

Obiettivi generali di salute del PNP 2010-2012:

Incremento dell'attività motoria e riduzione dell'obesità

Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali

Descrizione del progetto

Razionale

Gli stili di vita rappresentano un fattore determinante della salute che può essere modificato intervenendo adeguatamente sulle conoscenze, sulle abilità e sull'atteggiamento delle persone. La sedentarietà è causa o con-causa di molte gravi malattie, mentre un'attività fisica moderata, quotidiana, può essere di sicuro beneficio alle singole persone ed alla comunità (OMS 2000).

I *walking school bus*, ( Myers L, Strikmiller PK, Webber LS, Berenson GS. Physical and sedentary activity in school children grades *Med Sci Sports Exerc* 1996; 7: 852-9.) denominati in Italia *Piedibus*, finalizzati a indurre comportamenti orientati ad un corretto stile di vita proponendo agli alunni della scuola primaria un modo sicuro, divertente e sano per andare e tornare da scuola, sono stati realizzati per primi in Danimarca e poi diffusi in vari paesi europei e in Nord America. Il loro scopo principale è promuovere l'attività fisica nei bambini: la sedentarietà è considerata infatti un determinante importante dell'obesità infantile, che ha in Italia un tasso di prevalenza molto elevata con un picco del 49% di bambini sovrappeso o obesi in Regione Campania (OKkio 2008).

E' inoltre ampiamente dimostrato che avere comportamenti sani in giovane età può portare a stili di vita sani anche in età adulta, è quindi importante abituare i bambini a camminare sin da piccoli. (Cooper AR, Page AS, Foster LJ, Qahwaji D. Commuting to school: are children who walk more physically active? *Am J Prev Med* 2003)

Il traffico automobilistico è, a sua volta, un significativo determinante dello stato di salute e benessere, sia attraverso effetti diretti sulla salute dei cittadini legati all'inquinamento atmosferico, all'inquinamento acustico, agli incidenti stradali, sia attraverso effetti indiretti legati alla diminuzione dell'attività fisica e agli stili di vita. La maggior parte della popolazione utilizza l'automobile come principale mezzo di trasporto e gli esperti sostengono che l'utilizzo di un mezzo di trasporto passivo per raggiungere le località di interesse quotidiano (scuola, lavoro ecc.) sia determinato anche dalla percezione della mancanza di sicurezza sia delle strade che dell'ambiente sociale in genere. Ciò gioca un ruolo particolarmente importante per quanto riguarda i bambini e porta i genitori ad accompagnarli in auto a scuola o ad affidarli ad uno scuolabus per non avere preoccupazioni sulla loro sicurezza.

Andare a scuola a piedi è un' occasione per socializzare, farsi nuovi amici ed arrivare di buon umore all'inizio delle lezioni. Si impara l'educazione stradale sul campo e si diventa pedoni consapevoli. Inoltre il muoversi fuori da casa in autonomia sviluppa l'autostima, e contribuisce a un sano equilibrio psicologico.

Nel precedente PRP (2005-2007, prorogato al 2008 e al 2009) il progetto "Piedibus" è stato proposto alle ASL nell'ambito del Piano di Prevenzione dell'Obesità Infantile e di quello relativo alla Prevenzione degli Incidenti Stradali. Nel Corso di formazione per gli operatori delle ASL impegnati in quest'ultimo piano è stato affrontato questo argomento ed è stato consegnato materiale informativo e una presentazione in power-point da utilizzare per il coinvolgimento delle scuole.

Inoltre a livello locale alcune ASL hanno dato avvio ai primi gruppi di progettazione partecipata, comprendenti operatori sanitari e scolastici. Una prima sperimentazione è iniziata a Napoli con l'organizzazione di 4 linee di *Piedibus*.

#### *Risultati attesi*

- creazione di una "scatola degli attrezzi" per gli incontri con docenti e genitori e l'organizzazione delle linee di *piedibus*
- organizzazione di linee di *piedibus* per i percorsi casa-scuola e scuola-casa

#### *Attività*

Avvio del progetto

##### *Livello Regionale*

- Formalizzazione di un gruppo di lavoro regionale con il compito di coordinamento e di monitoraggio delle attività delle Aziende Sanitarie partecipanti al progetto.

*Livello Aziendale*

- Identificazione di un Referente di Progetto e Costituzione del Coordinamento Aziendale con coinvolgimento delle UU.OO. essenziali alla realizzazione degli interventi (operatori dei distretti, medicina dello sport, epidemiologia, educazione alla salute, rappresentante dei PLS, ecc.). Il Referente rappresenterà l'Azienda Sanitaria Locale nel gruppo di lavoro regionale.

*Attività principali:*

Formazione regionale operatori ASL

10. Coinvolgimento dei portatori di interesse
11. Costituzione di gruppo di coordinamento per la progettazione partecipata a livello delle singole scuole
12. Creazione di una "scatola degli attrezzi" per gli incontri con docenti e genitori e l'organizzazione delle linee di piedibus
13. Formazione/autoformazione dei componenti del gruppo di progettazione partecipata a livello delle singole scuole
14. Iniziative per promuovere la mobilità sostenibile nelle Municipalità o nei Comuni interessati
15. Realizzazione di incontri nelle scuole rivolti agli insegnanti e genitori per trattare i temi dell'attività fisica, dell'inquinamento atmosferico e acustico e della sicurezza
16. Questionario alle famiglie per conoscere le modalità con cui i bambini vanno a scuola e elaborazione dati
17. Coinvolgimento dei genitori nei gruppi di progettazione
18. Realizzazione di linee di piedibus per i percorsi casa-scuola e scuola-casa
19. Comunicazione dei risultati raggiunti

*Portatori di interesse*

I gruppi di interesse sono i bambini, le loro famiglie, gli insegnanti, gli operatori sanitari (Servizi consultoriali, Dipartimenti di prevenzione, PLS), gli Enti locali le associazioni ambientaliste, Polizia Municipale, l'Agenzia Napoletana per l'Energia e l'Ambiente (ANEA), le Associazioni per la Cittadinanza Attiva, i Mass media

*Beneficiari e attori*

*Target primario:*

I bambini delle scuole elementari

*Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva*

Le famiglie, gli insegnanti delle scuole elementari.

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

*Obiettivo Generale*

Migliorare la salute e il benessere dei bambini favorendo stili di vita attivi e l'acquisizione di competenze di vita

*Obiettivo Specifico*

Attivazione di linee di piedibus per i percorsi casa-scuola e scuola-casa

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

*Obiettivo intermedio*

Aumentare le conoscenze su importanza dell'attività fisica, inquinamento atmosferico e acustico cittadino e modificare gli atteggiamenti e i comportamenti dei target secondari o "moltiplicatori" (insegnanti, famiglie ecc.) in merito a attività fisica, uso dell'auto, sicurezza

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° di ASL che attivano il progetto	Relazioni di servizio	1 (ASL Napoli 1 Centro)				
Creazione di una "scatola degli attrezzi" per gli incontri con docenti e genitori e l'organizzazione delle linee di piedibus	Produzione del materiale	assente	presente			
N° di linee di piedibus attivate	Relazioni di servizio	4				
Incremento delle conoscenze su importanza dell'attività fisica, inquinamento atmosferico e acustico cittadino	Questionari	Dati non pervenuti	Incremento conoscenze (rispetto al valore di partenza) del 40%;			

*Cronoprogramma delle attività*

Attività	2011												2012											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Riunioni con portatori di interesse																								
Formazione regionale																								
Formazione gruppo scuola																								
Realizzazione linee di piedibus																								
Comunicazione risultati – evento																								
Valutazione condivisa																								

**Progetto 25: Prevenzione delle patologie da carenza alimentare di iodio (Quadro d'Insieme n° 2.9.10)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

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



### Descrizione del progetto

#### *Razionale*

La riduzione dei disturbi da carenza alimentare di iodio è indicata come obiettivo primario per la salute pubblica dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalla Food and Agriculture Organization (FAO). L'importanza di un adeguato apporto nutrizionale di iodio sta nel fatto che questo elemento è il costituente essenziale degli ormoni tiroidei. Questi svolgono un ruolo critico sul differenziamento cellulare, in particolare per ciò che riguarda lo sviluppo del sistema nervoso centrale nelle prime fasi della vita, e contribuiscono al mantenimento dell'omeostasi metabolica durante la vita adulta. La carenza nutrizionale di iodio compromette la funzione tiroidea e si traduce in quadri morbosi le cui manifestazioni variano in funzione del periodo della vita interessato a questo deficit. Il gozzo rappresenta la manifestazione più diffusa della carenza nutrizionale di iodio. In Italia circa 6 milioni di persone sono affette da gozzo ed è stato stimato che l'impatto economico di questa malattia è di circa 150 milioni di euro/anno. Inoltre, dai dati ISTAT sui ricoveri ospedalieri del 2000, si rileva che ci sono quasi 30 mila ricoveri ordinari con diagnosi di gozzo semplice ovvero quasi 50 ricoveri ogni 100 mila abitanti. Pertanto il Ministero della Salute ha promosso la legge n. 55 del 21 Marzo 2005 concernente "Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica" con la quale ha definito, ai fini della iodoprofilassi, le modalità di utilizzo e di vendita del sale alimentare arricchito con iodio destinato al consumo diretto, oppure impiegato come ingrediente nella preparazione e nella conservazione dei prodotti alimentari. Ma, nonostante il varo della suddetta norma, l'attuazione della iodoprofilassi in Italia a tutt'oggi può ritenersi non soddisfacente. Infatti, per ciò che riguarda i dati di vendita di sale iodato, grazie alla collaborazione dei principali produttori e/o distributori di sale sul territorio nazionale, è stato possibile rilevare un trend in scarso e lento aumento delle vendite di sale iodato (31% nel 2006; 35% nel 2007; 37% nel 2008, 39% nel 2009). Tali proporzioni di vendita di sale iodato, rispetto al sale comune, sono ben lontane da quel 90% indicato dal WHO come target da raggiungere perché il programma di iodoprofilassi possa avere successo. Inoltre, per quanto riguarda la copertura del fabbisogno giornaliero di Iodio (150 mcg nell'adulto), stime svolte nel 2009 dall'Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi, hanno messo in evidenza che essa è soddisfatta solo per il 53% (dato medio nazionale).

Un programma di promozione dell'utilizzo di sale iodato e di verifica dell'applicazione di quanto al riguardo già previsto dalla norma può contribuire alla riduzione della patologia tiroidea da carenza iodica.

#### *Risultati attesi*

Incremento dell'utilizzo della locandina del Ministero della Salute presso i punti vendita di sale e incremento delle informazioni sulla iodoprofilassi presso le mense scolastiche e le altre ristorazioni collettive.

#### *Azioni principali:*

- Stipula di accordi di collaborazione con le Associazioni di categoria del Settore Alimentare
- Predisposizione di depliant informativi sulla iodoprofilassi.
- Riproduzione locandina ministeriale relativa alla iodoprofilassi.
- Attività di formazione rivolta agli operatori sanitari.
- Verifiche dell'utilizzo del sale iodato presso le mense scolastiche prima e dopo intervento informativo in tema di iodoprofilassi.
- Censimento ristorazioni collettive
- Promozione all'utilizzo del sale iodato presso le ristorazioni collettive.

- Verifiche dell'utilizzo della locandina del Ministero della Salute presso i punti vendita di sale prima e dopo informazione e promozione dell'adempimento normativo, con fornitura della locandina.
- Predisposizione e applicazione di specifico software per l'inserimento e l'analisi dei dati di attività.

#### *Attori*

Operatori dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA. SS. LL.. Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi (OSNAMI) dell'Istituto Superiore di Sanità. Gestori e operatori dei centri cottura delle mense scolastiche. Gestori ed operatori dei punti vendita di sale. Associazioni di categoria in materia di distribuzione, preparazione e vendita di alimenti. Operatori degli istituti scolastici.

#### *Portatori di interesse*

Popolazione generale; Sistema Sanitario Regionale; Associazioni di categoria del settore alimentare. Responsabili Strutture Scolastiche e aziendali; Gestori di punti vendita sale iodato.

#### *Possibili criticità*

Notevole numerosità dei punti vendita da raggiungere. Disponibilità dei gestori delle mense scolastiche e dei punti vendita di sale. Programma di attività aggiuntivo rispetto a quelli ordinari standard.

#### *Sistema di valutazione*

Analisi dei dati tramite specifico software appositamente realizzato.

#### *Cronoprogramma*

Start-up entro il 01/02/2010. Dall'01/01/2011 produzione depliant e locandine; attività di formazione rivolta agli operatori dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione; avvio verifiche con promozione dell'utilizzo sale iodato nelle mense scolastiche e aziendali e utilizzo locandine nei punti vendita di sale (5-10% del target) entro il 31/12/2011. Prosecuzione promozione e verifiche utilizzo sale iodato nelle mense scolastiche e aziendali e utilizzo locandina nei punti vendita di sale (25-30% del target) entro il 31/12/2012.

#### *Beneficiari:*

##### *Taret principale*

Tutta la popolazione, atteso che il fabbisogno alimentare di iodio è soddisfatto per circa il 50% (dato medio nazionale popolazione adulta).

##### *Target intermedio*

di beneficiari: gestori mense; gestori punti vendita di sale.

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

##### *Obiettivi generali:*

Prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica.

*Obiettivi specifici:*

- a) Promozione e Verifica dell'utilizzo del sale iodato nelle mense scolastiche e altre ristorazioni collettive;
- b) Informazione alla popolazione attraverso la promozione e la verifica dell'utilizzo della locandina sulla iodoprofilassi del Ministero della Salute nei punti vendita di sale.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Numero Mense scolastiche raggiunte	Archivio elettronico del software di gestione dati	Start-up	10% del target		30% del target	
Numero ristorazioni collettive raggiunte			10% del target		30% del target	
N° punti vendita di sale raggiunti			5% del target		25% del target	

**Progetto 26: Monitoraggio ed intervento sulla popolazione a rischio ai fini della prevenzione e riduzione della carenza iodica in Campania (Quadro d'Insieme n°2.9.11)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale

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

Breve descrizione dell'intervento programmato

*Razionale*

La carenza iodica costituisce uno dei principali problemi della salute pubblica per l'intera popolazione mondiale, ed in particolare modo per le donne in gravidanza e i bambini. Le più gravi conseguenze, infatti, sono un'aumentata mortalità perinatale ed il ritardo mentale. La carenza iodica è la principale causa di danni cerebrali prevenibili dell'infanzia, tale condizione rappresenta la motivazione principale per cui in tutto il mondo si sta cercando di eliminarla con l'intervento di specifiche leggi a livello nazionale.

La Campania è una regione a moderata carenza iodica, con una ioduria mediana di 72 µg/L, tale condizione rappresenta la principale causa di gozzo nella popolazione e come dimostrato da numerosi studi la espone ad un aumentato rischio di patologia tumorale tiroidea. Ad oggi tuttavia, in Campania, non si è ancora costituito un centro di riferimento per la raccolta dei dati relativi a tale monitoraggio. L'attuazione di un programma di sorveglianza è pertanto essenziale al fine di garantire il successo della profilassi iodica e di evitare eventuali effetti indesiderati.

Il gozzo e le sue complicanze rappresentano un importante problema sia per quanto riguarda la gestione dei pazienti sia per i costi legati. Infatti, nell'anno 2000 in Italia sono stati effettuati 28.577 ricoveri ordinari con diagnosi principale di gozzo semplice (codici della ICD9 CM relativi al "Gozzo semplice o non specificato", compresi tra 240.0 e 241.9), ed in Campania, i ricoveri totali documentati con diagnosi principale di gozzo tiroideo sono stati 8.588 con una spesa ospedaliera relativa per l'assistenza pari a 10,5 milioni di euro. A questa stima vanno aggiunti i costi dovuti agli interventi chirurgici effettuati per

patologia tiroidea (codice DRG 290), che sono andati aumentando progressivamente dal 2001 al 2005 (rispettivamente 1950 e 2786).

Sebbene la relazione della carenza iodica ed il gozzo endemico sia ben stabilita, altri fattori potrebbero essere coinvolti. Una moltitudine di agenti presenti nell'ambiente sono stati indicati come possibili gozzigeni nell'uomo. Deve essere ben sottolineato che i gozzigeni solitamente sono attivi solo se l'apporto iodico è limitato. Inoltre innumerevoli studi nazionali ed internazionali indicano che la carenza iodica porta ad un aumento nell'incidenza di cancro della tiroide (specialmente l'istotipo follicolare). Malgrado l'introduzione della iodoprofilassi, negli ultimi anni è stato osservato un aumento dell'incidenza dei tumori della tiroide in Campania, pertanto riteniamo che potrebbero esistere altri fattori di rischio ancora non considerati. Non sono stati identificati tuttora carcinogeni tiroidei ambientali, sebbene evidenze sporadiche indicano un'aumentata incidenza di carcinoma della tiroide nelle aree vulcaniche ed un'azione da interferente endocrino da parte di alcune diossine e sostanze diossino-simili. Tutto questo si traduce in un enorme impatto sociale soprattutto nel territorio della Regione Campania, dal momento che la carenza iodica e le complicanze ad essa correlate sono condizioni a cui è esposta l'intera popolazione nonché i costi sanitari e sociali, diretti ed indiretti sono estremamente rilevanti.

Inoltre, un dato interessante è che raramente le persone non affette da tireopatie sono sensibilizzate all'uso del sale iodato da parte dei medici e degli altri operatori sanitari cui si rivolgono, pertanto risulta sostanzialmente scarsa la consapevolezza del rischio derivante dalla carenza iodica per la propria salute.

Risulta quindi evidente come, nell'ambito della prevenzione della carenza iodica e del monitoraggio delle misure correttive introdotte, siano necessari due momenti essenziali: da una parte è necessaria la consapevolezza della classe medica campana circa le stime reali della diffusione del problema e dall'altra risulta fondamentale il ruolo dell'informazione per il riconoscimento delle complicanze ad esso associate. L'informazione risulta quindi premessa imprescindibile nel condizionare la partecipazione attiva alla diffusione della iodoprofilassi necessaria per ottenere una iodio sufficienza stabile in tutte le aree campane.

#### *Le esperienze avviate*

Nella Regione Campania sono stati svolti, nei vari anni, studi mirati a determinare lo stato iodico del territorio. Presso l'Università di Napoli Federico II è stato condotto uno studio tra Aprile 1999 ed Ottobre 2002 in cui sono stati esaminati 10552 bambini tra 9-13 anni delle 5 province campane. Lo scopo del lavoro è stato la valutazione della concentrazione urinaria di iodio nelle scuole elementari della Campania prima dell'introduzione legislativa sull'uso del sale iodato per poi confrontare i risultati con dati precedenti al fine di valutare quanto la profilassi "silente" dello iodio, che è legato al progresso socioeconomico, influenza lo stato ioideo.

I livelli medi di escrezione urinaria di iodio in Campania erano meno di 100 mcrg/L, valori che indicano un insufficiente introito di iodio. Un deficit di iodio lieve è stato ritrovato in tutte le province della Campania ovvero Napoli, Salerno, Caserta, Avellino, Benevento, con un'escrezione iodica urinaria rispettivamente di 87, 81, 72, 64, 61 mcrg/L. Pertanto l'analisi della distribuzione di frequenza ha mostrato valori compresi tra 50 e 100 mcrg/L nel 32% e nel 61% dei bambini rispettivamente. Questi valori sono risultati più bassi dei precedenti dati evidenziati in Campania. Questo studio dimostra come per medici bene organizzati l'obiettivo di studiare ed intervenire sull'intera popolazione di bambini in età scolare di tutta la Campania sia assolutamente possibile.

Inoltre nel 2005 l'emanazione della legge n. 55 "Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica", ha posto le basi e definito la necessità di un adeguato intervento di prevenzione da applicare a tutto il territorio.

Dal 2009, inoltre, è stata attivata presso il Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia – Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli Ca.r.e. (Campania rete endocrinologia; [www.endocare.it](http://www.endocare.it)), la prima rete telematica tra endocrinologi in Italia che permette il flusso di informazioni e aggiornamenti con i medici delle altre strutture sanitarie territoriali. L'utilizzo di una rete telematica già attiva e conosciuta nel campo medico permetterà di avere una più semplice gestione dei dati e fornirà uno strumento utile di promozione del piano di prevenzione.

#### *Soluzioni proposte sulla base delle evidenze/prove scientifiche di provata efficacia*

Il progetto si ripropone la realizzazione di un intervento di diffusione e monitoraggio della iodoprofilassi finalizzato alla prevenzione del gozzo e delle complicanze ad esso associate.

Nel febbraio del 2009 l'intesa Stato Regioni ha istituito l'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia (OSNAMI), il cui compito è quello di attuare un programma di sorveglianza al fine di garantire il successo della profilassi iodica e di evitare eventuali effetti indesiderati. Questo programma prevede la formazione di centri di monitoraggio regionale per svolgere le funzioni di sorveglianza sull'attuazione della iodoprofilassi e sul monitoraggio della patologia tiroidea nelle varie Regioni. Al momento, in Campania ancora non è stato ancora creato un centro di riferimento, ed il controllo della iodoprofilassi resta relegato all'azione di singoli gruppi. Pertanto uno degli obiettivi di questo progetto è quello di creare un centro di riferimento nella regione che possa coordinare l'attività di monitoraggio di unità dislocate sul territorio che coprano le 7 ASL della Regione Campania. Inoltre, risulta sempre più evidente che per affrontare il problema della prevenzione della carenza iodica sia necessario che i cittadini siano informati attraverso messaggi chiari ed efficaci allo scopo di favorire la promozione della salute. Allo stesso tempo, è fondamentale che gli operatori sanitari e non sanitari si facciano promotori di iniziative di comunicazione finalizzate all'attivazione di processi di consapevolezza.

#### *Fasi del progetto e azioni delle persone coinvolte*

La realizzazione del progetto prevede l'individuazione di un centro di riferimento nella regione che possa coordinare l'attività di monitoraggio di unità dislocate sul territorio che coprano le 7 ASL della Regione Campania e l'organizzazione di un percorso assistenziale attraverso l'integrazione tra MMG, Distretti Sanitari (ambulatori specialistici e consultori familiare), operatori, formati specificatamente per il percorso di prevenzione, ed Università coinvolte.

I compiti del Centro di Riferimento sono i seguenti:

- Presiede ed organizza la formazione dei MMG e degli Specialisti ambulatoriali che aderiscono al progetto
- cura la formazione degli operatori addetti all'informazione
- supporta gli operatori, MMG, e Specialisti ambulatoriali in tutti i livelli di intervento
- cura i contatti di collaborazione con il SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione) regionale
- riceve ed elabora i dati trasmessi
- fornisce dati sullo stato iodico della popolazione
- fornisce dati sulla diffusione della iodoprofilassi
- verifica l'efficacia dell'intervento
- prende in carico i casi complessi che necessitano ulteriori interventi integrati diagnostico-terapeutico.

Il progetto si articola in un piano formativo, un piano di intervento, ed un piano di elaborazione dei dati con valutazione dei risultati ottenuti.

IL LIVELLO: piano di formazione e piano di comunicazione

*Piano di formazione*

Elemento essenziale e propedeutico per le successive fasi del progetto è la creazione di un comitato scientifico per la *formazione del personale* e la *progettazione del piano di comunicazione*.

Identificate le figure professionali atte alla formazione e le strategie educative più idonee al raggiungimento dell'obiettivo, il comitato scientifico attiva il piano di formazione da destinare a tutte le figure professionali coinvolte nel progetto in relazione al differente livello di intervento da svolgere, nell'ottica di omogeneizzare il successivo piano di intervento sulla popolazione. Il piano di formazione è dunque rivolto a:

- MMG
- specialisti ambulatoriali
- operatori SIAN

*Piano di comunicazione*

La partecipazione al programma di screening è uno dei fattori cruciali della riuscita dello stesso. Un'adeguata promozione alla partecipazione consapevole dell'utenza al programma stesso ha lo scopo di elevare sensibilmente la percentuale di adesione e quindi di aumentare l'efficacia del programma in termini di morbilità.

*Strumenti previsti*

*Materiale cartaceo:* tutti i materiali utilizzati (manifesti, locandine, brochure, pieghevoli ) saranno caratterizzati da un logo e colori specifici in modo che siano prontamente riconoscibili

*Video:* sarà realizzato un video informativo da immettere nei circuiti televisivi locali per consentire di diffondere ulteriormente il messaggio promozionale tra la popolazione bersaglio.

*Sito web:* su Internet sarà possibile avere informazioni su:

- Lo stato di avanzamento dei programmi di Prevenzione su territorio Campano
- Pianificazione degli inviti per area di residenza (in modo da sapere in anticipo il periodo di invito )
- Informazione sulle linee guida e i protocolli di trattamento delle patologie tiroidee
- Materiali educativi di interesse endocrinologico
- Indirizzi, numeri telefonici ed e-mail delle istituzioni di riferimento
- News group e mailing lists di interesse endocrinologiche
- Tutte le informazioni che possono contribuire a soddisfare le richieste della popolazione e ad avvicinare il SSN all'utenza.

*Modalità di invito*

Una corretta strategia comunicativa viene seguita in tutte le occasioni di contatto ed incontro con la popolazione coinvolta nello screening. Una comunicazione efficace, ha lo scopo, oltre che di contribuire alla riuscita del programma, di garantire la massima tutela del benessere psicologico dei soggetti sottoposti a screening e di favorire l'instaurarsi di un rapporto positivo con gli operatori e le strutture Sanitarie partecipanti.

II LIVELLO: piano di intervento

*Metodologia operativa del progetto*

N	ATTIVITA'	METODI
1	Valutazione dello stato iodico della popolazione	Valutazione della ioduria nei bambini in età scolare tra i 5 e 10 anni e donne al primo trimestre della gravidanza Esecuzione della palpazione della tiroide e dell'ecografia tiroidea nei bambini in età scolare tra i 6 e 11 anni e in donne al primo trimestre della gravidanza
2	Monitoraggio sull'uso e del consumo del sale iodato nella popolazione in esame	Specifici questionari saranno sottoposti alla popolazione in esame per valutare la diffusione dell'informazioni relative alla prevenzione della carenza iodica e dell'utilizzo del sale iodato in famiglia
3	Valutazione della prevalenza del gozzo	Esecuzione della palpazione della tiroide e dell'ecografia tiroidea nei bambini in età scolare tra i 6 e 11 anni
4	Creazione di un osservatorio sui tumori tiroidei	I medici di base di tutta la regione saranno sensibilizzati a segnalare al centro di riferimento regionale tutti i casi di tumori della tiroide e a fornire le informazioni anagrafiche del paziente e la zona di residenza. Tali dati saranno integrati con l'analisi delle SDO corrispondenti ai tumori della tiroide.
5	Valutazione dell'efficacia delle misure preventive attuate in gravidanza	I medici di base ed i ginecologi afferenti al sistema Endocare saranno sensibilizzati a segnalare le pazienti al primo trimestre di gravidanza. In tutte le pazienti si provvederà ad adeguare l'assunzione dello iodio durante la gravidanza come definito dalle linee guida del 2009. Valutazione della ioduria al primo e terzo trimestre di gravidanza
6	Identificazione di fattori di rischio ambientale per lo sviluppo di patologie tiroidee	Elaborazione dei dati statistico-epidemiologici ottenuti dall'Osservatorio dei tumori tiroidei. Identificazione delle aree a maggiore incidenza di tumori della tiroide e loro correlazione con lo stato iodico e con possibili interferenti endocrini presenti nel distretto territoriale individuato
7	Identificazione di fattori di rischio genetici per lo sviluppo di patologie tiroidee	Valutazione della reale incidenza di carenza iodica e della prevalenza del gozzo nei paesi oggetto dello studio del Parco Genetico del Cilento Stabilire se l'aumento di volume della tiroide (diffuso e/o nodulare) possa essere associato a particolari loci del genoma, e selezionare all'interno di queste regioni i geni potenzialmente coinvolti nello sviluppo della malattia Valutare l'espressione dei geni candidati in tiroide di topo, sia durante lo sviluppo embrionale che nell'adulto, in condizioni fisiologiche e dopo induzione del gozzo. Analizzare il gene del recettore del TSH tramite sequenziamento diretto per stabilire se eventuali polimorfismi in presenti nelle popolazioni possano essere predisponenti allo sviluppo della patologia tiroidea

III LIVELLO: piano di elaborazione dei dati con valutazione dei risultati ottenuti

1. Livello di trasferimento dei dati:
2. Livello di elaborazione dei dati:
3. Livello di verifica dell'efficacia dell'intervento:
4. Produzione del report di attività.

Attori coinvolti nella realizzazione dell'azione proposta:

Ca.r.e. (Campania rete endocrinologia) MMG, degli specialisti ambulatoriali endocrinologi, ginecologi, operatori dei SIAN e dai componenti dell'Unità di Endocrinologia Universitarie

Criticità

Le criticità nello sviluppo del progetto risiedono in gran parte nella attuale assenza di centri di riferimento regionali e quindi dalla necessità di crearne per la prima volta in Campania. Questo comporterà un'adeguata formazione del personale medico coinvolto nel progetto.

Altro punto critico è la completa mancanza di un Osservatorio sui Tumori Tiroidei della Regione Campania con l'obiettivo è stimare l'incidenza della malattia, cioè il numero di nuovi casi che si registrano ogni anno.

La mancanza di informazioni statistico-epidemiologiche relative ai tumori tiroidei determina una ridotta conoscenza, se non assente, relativamente a quelle che sono le aree a maggiore rischio e soprattutto non consente di comprendere quali possono essere interferenti endocrini ambientali.

### Beneficiari

#### *Target finale*

Popolazione residente in Regione Campania

#### *Target intermedio*

MMG, degli specialisti ambulatoriali endocrinologi, ginecologi, operatori dei SIAN

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

#### *Obiettivo generale:*

Il progetto ha come obiettivo il monitoraggio delle patologie tiroidee e degli interventi su tutto il territorio Campano ai fini della prevenzione e della riduzione della carenza iodica e delle sue complicanze.

#### *Obiettivo Specifico 1*

Valutazione dello stato iodico di popolazioni attraverso lo screening delle popolazioni scolari tra i 6 ed 11 anni.

#### *Obiettivo Specifico 2*

Valutazione della conoscenza degli interventi di prevenzione della carenza iodica e potenziamento del programma di educazione mirato a diffondere l'uso del sale iodato nelle famiglie.

#### *Obiettivo Specifico 3*

Valutazione dell'efficacia delle misure attuate in gravidanza per prevenire la carenza iodica e le complicanze ad essa associate.

#### *Obiettivo Specifico 4*

Creazione dell'osservatorio sui tumori tiroidei della Regione Campania.

#### *Obiettivo Specifico 5*

Identificazione di fattori di rischio ambientale per lo sviluppo di patologie tiroidee.

#### *Obiettivo Specifico 6*

Identificazione di fattori di rischio genetici per lo sviluppo di patologie tiroidee. Valutazione della reale incidenza di carenza iodica e della prevalenza del gozzo nei paesi oggetto dello studio del Parco Genetico del Cilento.



REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Piano di valutazione

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 1</b>	<b>Valutazione dell'efficacia della iodoprofilassi</b>
Indicatore/i di impatto	Ioduria mediana della popolazione scolare tra i 6 e 11 anni. Si considerano idio-sufficienti le aree in cui si ha una ioduria mediana di 100 µg/L Prevalenza del gozzo nella popolazione scolare tra i 6 e 11 anni. Nelle zone a carenza iodica si osserva una prevalenza del gozzo superiore al 10%
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 2</b>	<b>Valutazione della conoscenza degli interventi di prevenzione</b>
Indicatore di risultato	N. persone che sono a conoscenza dell'esistenza del sale iodato e che lo utilizzano dopo incontri con le nostre unità operative
Standard di risultato	> 60% dei partecipanti
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 3</b>	<b>Valutazione dell'efficacia delle misure attuate in gravidanza per prevenire la carenza iodica e le complicanze ad essa associate.</b>
Indicatore/i di risultato	Incidenza delle complicanze da carenza iodica associate alla gravidanza
Standard di risultato	Incidenza sovrapponibile a quella che si riscontra nelle donne che abitano in aree iodio-sufficienti.
Indicatore/i di risultato	Ioduria al terzo mese di gravidanza
Standard di risultato	Valori di ioduria normali in tutte le donne gravide in cui è stata applicata l'adeguata iodoprofilassi
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 4</b>	<b>Creazione del registro dei tumori tiroidei della regione Campania</b>
Indicatore/i di risultato	tiroide Incidenza dei tumori della tiroide
Standard di risultato	Riduzione dell'incidenza dei tumori della tiroide nelle aree individuate come a maggiore rischio
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 5</b>	<b>Identificazione di fattori di rischio ambientale per lo sviluppo di patologie tiroidee</b>
Indicatore/i di risultato	rischio Incidenza del cancro della tiroide nelle aree a rischio
Standard di risultato	Incidenza del cancro della tiroide nelle aree a rischio simile a quella delle aree a rischi minore
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 6</b>	<b>Identificazione di fattori di rischio genetici per lo sviluppo di patologie tiroidee</b>
Indicatore/i di risultato	Valutazione dell'espressione dei geni candidati in tiroide di topo, sia durante lo sviluppo embrionale che nell'adulto, in condizioni fisiologiche e dopo induzione del gozzo.
Standard di risultato	Provare che i geni candidati individuati sono i responsabili genetici della patologia tiroidea studiata

CRONOGRAMMA

Obiettivi	Trimestri								
		1	2	3	4	5	6	7	8
	Istituzione Centro di Riferimento e osservatorio dei tumori tiroidei	x	x	x	x	x	x	x	
Generale	Formazione personale unità operativa	x							
	Sviluppo materiale divulgativo	x	x						
	Elaborazione dati conclusivi							x	x

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

A	Identificazione della popolazione target	x							
	Screening: Ioduria, ecografia tiroidea		x	x	x	x	x		
	Valutazione della diffusione del sale iodato in famiglia		x	x	x	x	x		
	Intervento sul territorio					x	x	x	x
B	Identificazione della popolazione target	x							
	Screening 1° trimestre: Ioduria, Ecografia tiroidea, FT4, TSH		x	x	x	x	x		
	Valutazione dell'efficacia supplementazione iodica Ioduria III° trimestre			x	x	x	x	x	
	Analisi delle complicanze				x	x	x	x	
C	Identificazione della popolazione target	x							
	Screening: Ioduria, ecografia tiroidea		x	x	x	x	x		
	Analisi genetica di particolari loci del genoma				x	x	x	x	
	Elaborazione statistica dei dati					x	x	x	
D	Identificazione della popolazione target	x							
	Integrazione con aree territoriali precedentemente definite				x	x	x	x	
	Elaborazione statistica dei dati					x	x	x	x

**Progetto 27: Prevenzione della dipendenza da gioco d'azzardo (Quadro d'Insieme n°2.9.12)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale

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

### Introduzione

Il gioco d'azzardo costituisce un'attività sociale di grande diffusione e per la maggior parte delle persone priva, fino a qualche tempo fa, di conseguenze significative, così da non essere presa in considerazione come fenomeno legato ad aspetti patologici di alta rilevanza clinica e sociale.

A livello epidemiologico, si stima che il gioco d'azzardo interessi la popolazione per l'80% nella forma di gioco cosiddetta "sociale", per il 17% della popolazione il gioco può diventare "un problema" e per il 3% diventa una vera e propria dipendenza. Gli studi hanno chiaramente dimostrato che il gioco d'azzardo può diventare un problema ma è impossibile prevedere precisamente chi svilupperà o no tale patologia.

Sono circa 28 milioni gli italiani che tentano la fortuna almeno una volta e tra questi per circa un quarto l'appuntamento con il gioco ha una frequenza almeno settimanale.

Il moltiplicarsi dei giochi e dei luoghi per il gioco, sempre più legati alla quotidianità ha permesso al gioco d'azzardo di raggiungere tutti i segmenti della popolazione: uomini, donne, giovani, anziani ma anche intere famiglie.

L'introduzione di giochi come il Bingo, il Videopoker il Gratta e Vinci e il più recente Win for Life hanno favorito il diffondersi del gioco anche tra categorie sociali come le casalinghe e i pensionati, che fino a poco prima della loro comparsa, sembravano essere immuni alla tentazione dell'azzardo.

La diffusione del gioco tra gli italiani coinvolge anche i giovani e i giovanissimi che mostrano una scarsa conoscenza della normativa in materia di giochi e scommesse, ignora completamente l'esistenza di limiti di età per la partecipazione a talune tipologie di gioco e mostrano una inadeguata preparazione a distinguere i giochi d'azzardo da giochi d'abilità o di intrattenimento.

### Aspetti regionali del progetto – Contesto regionale

Il panorama del gioco d'azzardo nella regione Campania non è per niente rassicurante:

- è in costante crescita la spesa complessiva annua per giochi d'azzardo che la colloca al terzo posto dopo la Lombardia e il Lazio;
- è la prima regione in Italia, se si considera il rapporto tra il reddito disponibile della popolazione Campana e la spesa media annua per famiglia, pari a 1278 euro e 30 centesimi;
- è al primo posto in Italia della spesa per famiglia per il lotto e al secondo per le scommesse sportive.

### Finalità

Promuovere informazione e sensibilizzazione sugli aspetti epidemiologici del Gioco d'Azzardo Patologico.

Formare gli operatori dei servizi per le dipendenze e degli altri enti socio-sanitari pubblici e del privato-sociale sul tema della prevenzione del gambling.

Formare i genitori e di educatori per la prevenzione del rischio connessi alla diffusione dell'azzardo tra i minori .

Promuovere politiche municipali di controllo e regolamentazione delle attività di gioco.

Organizzare attività di informazione per la prevenzione del gioco problematico tra gli adulti nei luoghi di gioco.

### Piano operativo – Azioni

Costituzione di gruppi di lavoro in ogni ASL per la formulazione di piani di intervento educativo per la prevenzione nella popolazione generale e in gruppi specifici di popolazione.

Creazione di punti di informazione nei luoghi di ritrovo giovanile.

Pianificazione e organizzazione di interventi di informazione e sensibilizzazione delle famiglie e dei giovanissimi .

Promuovere piani municipali per la regolamentazione delle attività di gioco con la creazione di coordinamenti intersettoriali tra amministratori ,esercenti delle attività di gioco,operatori dei servizi per le dipendenze . movimenti di tutela dei consumatori ecc.

Addestramento e formazione di consulenti per l'identificazione precoce di comportamenti problematici tra i frequentatori dei luoghi di gioco .

#### Cronoprogramma – Metodologia

- Ideazione, progettazione, organizzazione e pianificazione degli interventi : 90 giorni dallo Start - Up del Progetto.
- Realizzazione delle azioni programmate : 12 mesi
- Verifica dei risultati attesi : 180 giorni.

#### Risultati – Output

Costituzione di un osservatorio epidemiologici locale sul gioco d'azzardo presso ogni ASL.

Costituzione di équipes multidisciplinari per la prevenzione del gioco d'azzardo presso ogni ASL.

Inserimento del Gambling nei progetti nei programmi scolastici di informazione e di educazione dei giovani .

Organizzazione di campagne di informazione sui rischi del gioco d'azzardo in ogni ASL .

## 2. LA PREVENZIONE DELLA POPOLAZIONE A RISCHIO

### 2.1 Tumori e screening

#### Progetto 1: Organizzazione e implementazione dello Screening del cancro del colon-retto in Campania (Quadro d'Insieme n° 3.1.1)

##### Identificativo della Linea di Intervento Generale:

3.1

##### Descrizione del progetto

###### *Razionale*

In Campania uno studio di sopravvivenza a cinque anni per stadio di diagnosi dei tumori del colon retto (E.J.C. M.Fusco ed altri) ha messo a confronto i casi registrati nel periodo 1996-2005 dal Registro Tumori della Regione Campania con quelli registrati dal Registro Tumori della provincia di Modena, evidenziando per la Campania una sopravvivenza, per l'insieme dei casi, inferiore del 12% a quella della provincia di Modena.

Lo studio ha evidenziato che il maggior peso della differenza di sopravvivenza sta nel ritardo di diagnosi nei casi napoletani ben evidenziato dal confronto dello stadio di Dukes alla diagnosi, che vede una maggiore distribuzione di diagnosi in fase iniziale nella casistica di Modena rispetto a quella napoletana .

Tale affermazione è confermata dalla misura della sopravvivenza relativa per stadio: laddove si registra, a parità di stadio, un eguale sopravvivenza .

Il ritardo di diagnosi con una maggior frequenza di tumori diagnosticati in fase avanzata può essere certamente attribuito alla ancora scarsa diffusione di programmi di screening: nel 2008, 4 attivi su 13 Aziende Sanitarie Locali, e alla scarsissima copertura raggiunta da quelli attivati

###### *Obiettivi generali*

Riduzione della mortalità per carcinoma del colon-retto.

###### *Risultati attesi*

1. Offerta attiva del test del sangue occulto nelle feci (sof) a tutta la popolazione bersaglio a partire dal gennaio 2012
2. Offerta attiva della pancoloscopia a tutti i soggetti positivi al sof a partire dal gennaio 2012
3. Adesione al sof del 60% della popolazione bersaglio entro 31/12/2013
4. Adesione alla pancoloscopia dell'80% dei positivi al sof entro il 31/12/2013
5. Intervallo tra diagnosi positiva al sof e pancoloscopia entro gli standard giscor in tutte le Aziende USL e AO
6. Alimentazione della survey Giscor da parte del 100% delle aziende

*Azioni principali:*

*Azioni centrali*

attribuzione ai Direttori Generali o ai Commissari Straordinari dell' obiettivo realizzazione dello screening del cancro del colon retto;

7. costituzione di un gruppo di coordinamento, monitoraggio e valutazione dell'andamento dello screening di cui facciano parte, insieme al dirigente dell'ufficio competente dell'Assessorato e al Direttore del Registro Tumori, tutti i responsabili dei programmi di screening delle 7 AASSLL regionali;
8. condivisione del modello operativo regionale, e stipula di eventuali accordi, con i medici di medicina generale, con la Federfarma, con i Distributori Farmaceutici, con le associazioni professionali di gastroenterologia e di patologia clinica, con le associazioni potenzialmente rappresentative del target (Sindacato pensionati, associazioni di casalinghe, altro tipo di associazioni);
9. Definizione della rete regionale screening di I, II e III livello, in relazione al possesso dei requisiti previsti, e stesura di protocolli operativi per la individuazione di specifici rapporti funzionali con adozione di procedure condivise. nel rispetto delle linee Guida (PNLG, ONS, GISCoR);
10. definizione con l'Osservatorio Nazionale Screening e con il Giscor di pacchetti formativi relativi alle diverse fasi e alle diverse figure professionali impegnate nello screening;
11. programmazione con l'Osservatorio Nazionale Screening e con il Giscor di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca del colon retto;
12. implementazione di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca del colon retto.

*Azioni delle AASSLL*

1. la Direzione Aziendale dell'ASL approva e finanzia lo screening individuando un nucleo-servizio per promozione-coordinamento-valutazione screening;
2. definizione e approvazione del progetto screening, in relazione al modello operativo regionale;
3. acquisizione di supporti tecnici e strumentali e di materiali di consumo;
4. i Distretti e/o i MMG offrono attivamente il test Sof al 100% della popolazione target annuale e la colonscopia al 100% dei positivi al sof;

*Attori:*

1. settore assistenza sanitaria dell'Assessorato Regionale Sanità e Osservatorio epidemiologico regionale;
2. responsabili dei programmi di screening aziendali;
3. professionisti dei diversi livelli del percorso di screening , epidemiologi,patologi clinici, gastroenterologi, chirurghi, oncologi;
4. Registro Tumori della Regione Campania;
5. Medici di Medicina Generale.

*Portatori di interesse*

Comuni

6. Associazioni

*Possibili criticità:*

difficoltà ad affermarsi di una forte cultura della prevenzione;

7. assenza di una consapevole pressione specifica dei primi portatori di interesse, ci riferiamo cioè alla collettività nelle sue diverse forme associative (sindacati, associazioni, partiti);

8. assenza di una consapevole presa in carico della problematica "piani della prevenzione" da parte delle funzioni di governo, da cui discende una scarsa attenzione alla realizzazione dei piani e l'assenza di un mandato sostanziale ai Direttori Generali;
9. scarso peso dato nella valutazione Regionale dei Direttori Generali alla realizzazione degli obiettivi di salute rispetto al raggiungimento di obiettivi normativi o economici;
10. scarsa attitudine nei management aziendali a fare scelte strategiche e di priorità fra i vari possibili interventi di tutela della salute, a fronte di una scarsità di risorse.

### *Modello logico dell'intervento*

La realizzazione del Programma di screening nelle singole Aziende sanitarie locali richiede l'assunzione negli organismi di governo e di gestione regionali e, a cascata, nelle singole aziende, di un modello logico delle azioni sequenziali da mettere in campo per perseguire l'obiettivo di salute prefissato, vedasi a titolo esemplificativo il modello logico in allegato 1.

Tale modello logico può variare da azienda ad azienda in alcune modalità operative, a seconda delle preesistenti tipologie organizzative dei servizi di prevenzione ed assistenziali, della configurazione territoriale, della densità demografica, della composizione socio culturale della popolazione di riferimento, ma deve rispettare alcuni principi cardine:

la popolazione target è la fascia 50-74 anni;

11. la direzione aziendale deve individuare un nucleo di coordinamento, gestione e valutazione del programma, approvare formalmente il programma di screening e dare le risorse occorrenti;
12. laddove il programma non sia già stato attivato, le funzioni di coordinamento vanno individuate preferibilmente nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione;
13. lo screening del cancro del colon retto è compreso fra i livelli essenziali di assistenza della prevenzione e, una volta iniziato, va garantito con continuità al pari di tutte le altre prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura;
14. al fine di garantire la continuità del programma di screening, tranne che in casi eccezionali e debitamente documentati, il personale da adibire alla organizzazione, coordinamento, gestione delle diverse fasi va individuato fra quello di ruolo;
15. il test di I livello è la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) con test immunologico da offrire attivamente, con periodicità biennale, al 100% della popolazione target;
16. il campione raccolto va analizzato in un laboratorio accreditato che partecipa ad un accreditato programma di controllo della qualità e che analizza i campioni entro 3 giorni dalla consegna;
17. il test di II livello è la colonscopia;
18. il servizio di endoscopia digestiva va strutturato in modo da rispondere al carico atteso di colonscopie;
19. il II livello diagnostico va effettuato da operatori del Servizio di endoscopia digestiva che abbiano i requisiti richiesti dal Giscor (Gruppo Italiano Screening Colon Retto) per poter effettuare colonscopie da screening;
20. al 100% dei positivi al SOF va offerta una colonscopia entro 30 giorni dalla rilevazione della positività;
21. nell'azienda sono presenti strutture medico chirurgiche in grado di trattare le lesioni cancerose individuate, in caso contrario vanno individuate, prima di avviare lo screening, le strutture di riferimento extra aziendali;
22. viene utilizzato un sistema informativo che consenta di raccogliere ed analizzare tutti gli indicatori di processo e di esito previsti dal Giscor.

Sono indispensabili, pertanto, una serie di azioni propedeutiche da parte dell'Ente Regione e, a cascata, da parte delle singole Aziende.

### *Il modello operativo regionale*

A partire dall'analisi dei punti di forza e delle criticità evidenziatesi nelle precedenti esperienze regionali, viene definito come modello operativo regionale ottimale, che contempera a tutti i principi cardine inderogabili cui attenersi nella predisposizione dei programmi aziendali, quello delineato nell'albero degli obiettivi (allegato 2).

Tale modello che, senza costituire una camicia di forza per le aziende, rappresenta quanto meno un modello ottimale cui riferirsi, individua un ruolo centrale nei medici di medicina generale e nelle farmacie territoriali che, entrambi, per la distribuzione capillare sul territorio, per il rapporto fiduciale consolidato nel tempo con la popolazione e per la disponibilità sia individuale che di categoria dimostrata, stanno rappresentando un fondamentale elemento di successo dei programmi avviati.

Ciascuna azienda, pertanto, a partire dall'analisi del proprio contesto socio-economico-culturale-territoriale, potrà adottare soluzioni alternative:

- invito postale o meno all' esecuzione del sof;
- distribuzione dei kit per il sof tramite il MMG e/o la farmacia e/o il distretto;
- restituzione del campione alla farmacia e/o al MMG e/o al distretto;
- trasporto del campione al laboratorio da parte di personale aziendale e/o da parte dei distributori farmaceutici,
- restituzione dell'esito del sof postale o tramite il MMG;
- invito postale o telefonico dei positivi alla colonscopia.

### Beneficiari

Uomini e donne tra i 50 e i 74 anni (circa 1.400.000)

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

Garantire a tutte le persone della popolazione bersaglio i vantaggi della diagnosi precoce

<b>VALUTAZIONE DI PROCESSO E DI ESITO CON CRONOPROGRAMMA</b>			
<b>Oggetto della valutazione</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Fonte dati</b>	<b>Tempistica</b>
<b>AZIONI REGIONALI</b>			
La realizzazione dello screening è stato assegnato dalla Regione come obiettivo formale ai Direttori generali delle AASSLL	Delibera obiettivi Direttori generale	Assessorato sanità	1° mese
La regione costituisce un gruppo di coordinamento, monitoraggio e valutazione	Decreto dirigenziale	Assessorato sanità	2° mese
Il gruppo di coordinamento condivide il modello operativo regionale con i diversi portatori di interesse e stipula eventuali accordi	Accordi formali	Assessorato sanità	3° mese
La Regione attribuisce le risorse vincolate	Determina dirigenziale	Assessorato sanità	4°-6° mese
Il gruppo di coordinamento definisce la rete regionale screening di I, II e III livello, con adozione di procedure condivise. nel rispetto delle linee Guida (PNLG, ONS, GISCoR);	Atto regionale	Assessorato sanità	4°-6° mese
Il gruppo di coordinamento definisce con ONS e GISCOR pacchetti formativi	Programmi pacchetti formativi	Assessorato sanità ONS e GISCOR	4°-6° mese
Il gruppo di coordinamento progetta con ONS e GISCOR una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca del colon retto	Progetto	Assessorato sanità ONS e GISCOR	10° mese
La Regione avvia una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca del colon retto	Inizio della campagna	Assessorato sanità	



REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

<b>AZIONI DELLE AASSLL</b>			
La Direzione Aziendale dell'ASL approva e finanzia lo screening individuando un nucleo-servizio per promozione- coordinamento-valutazione screening	Delibera aziendale	Direzione Aziendale	2° mese
Definizione e approvazione progetto screening	progetto formale	Direzione Aziendale	1° mese
Acquisizione di supporti tecnici e strumentali e di materiali di consumo	Disponibilità dei supporti	Coordinamento aziendale	10° mese
Inizia nelle AASSLL il reclutamento degli utenti	Offerta attiva	Coordinamento aziendale	10° mese
I Distretti e/o i MMG offrono attivamente il test al 100% della popolazione target annuale.	n. utenti cui è stato offerto il test/ 50% n. utenti totale	Archivio informatico screening	Dal 12° mese
Effettua il test il 60% della popolazione bersaglio annuale	n. utenti che hanno effettuato il test /50% n. utenti totale	Archivio informatico screening	
Effettua la colonscopia l'80% dei positivi al sof entro 30 giorni	n. positivi al sof che ha effettuato l'esame entro 30 giorni / n .positivi totale	Archivio informatico screening	

**Progetto 2: Macroarea 3. Prevenzione della Popolazione a Rischio. Riorganizzazione e implementazione del Programma di Screening per la diagnosi precoce del cancro della mammella mediante mammografia offerta con cadenza biennale alle donne di età compresa tra 50-69 anni. (Quadro d'Insieme n° 3.1.2)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale

3.1 Tumori e Screening

Obiettivo Generale

3.1.1 Riduzione della mortalità per cancro della mammella.

*Razionale*

In Italia, relativamente ai casi di tumore della mammella, si stimano circa 38.000 nuovi casi/anno diagnosticati, con incidenza in crescita, mentre la mortalità è in riduzione.

I tassi di incidenza sono abbastanza omogenei tra le varie aree italiane con i valori più bassi osservati, generalmente, nelle aree del Sud Italia. Attraverso l'attività dei registri Tumori di popolazione si è potuto osservare, tuttavia, una diversa sopravvivenza nelle varie aree geografiche, con un valore ridotto riscontrato nei Registri del Meridione rispetto alla media del pool dei Registri italiani. Una parte di queste differenze per il tumore della mammella può essere legata a una diversa diffusione dei programmi di screening mammografico.

Le evidenze scientifiche basate su dati nazionali ed internazionali hanno dimostrato l'efficacia dei programmi di prevenzione secondaria basati sulla sola mammografia (screening) nelle 50-69enni eseguita ogni 2 anni: nelle donne che vi partecipano è dimostrata una riduzione della mortalità che può arrivare fino al 50%; La mammografia è la tecnica di screening per la identificazione del cancro della mammella L'obiettivo principale dei programmi di screening mammografico è la riduzione della mortalità specifica per cancro della mammella nella popolazione invitata a effettuare controlli periodici.

Popolazione target campana donne di età tra 50- 69 anni: 662.177 (ISTAT 2010). A queste vanno aggiunte 15.611 donne straniere residenti che rientrano nella popolazione target (ISTAT 2010).

Per una esatta determinazione della popolazione target è necessario che vi sia una uniformità di rilevazione, rappresentando questo numero infatti il denominatore su cui si misurano tutti gli indicatori nell'ambito dei programmi di screening.

Lo studio IMPATTO, che valuta l'effetto dello screening mammografico nel nostro Paese, ha mostrato che tra i casi identificati dallo screening circa il 33% ha dimensioni inferiori al centimetro e in oltre l'80% dei casi è stato possibile applicare un intervento chirurgico conservativo (AIRTum). Complessivamente la sopravvivenza causa-specifica a 5 anni dalla diagnosi è quasi 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 maggior rischio di morire per tumore della mammella 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 cancri in stadio precoce.

#### *Obiettivi generali:*

Riduzione della mortalità per cancro della mammella.

#### *Risultati attesi*

1. Offerta attiva della mammografia di screening a tutta la popolazione bersaglio
2. Offerta attiva dei controlli di II livello a tutti i soggetti positivi alla mammografia di screening
3. Adesione grezza almeno del 50% della popolazione bersaglio
4. Intervallo tra diagnosi positiva alla mammografia e i controlli di II livello entro gli standard Gisma in tutte le Aziende USL e AO
5. Alimentazione della survey Gisma da parte del 100% delle aziende

#### *Principali azioni:*

##### *Azioni centrali*

1. Attribuzione ai Direttori Generali o ai Commissari Straordinari dell'obiettivo di realizzazione dello screening del cancro della mammella;
2. Costituzione di un gruppo di coordinamento, monitoraggio e valutazione dell'andamento dello screening di cui facciano parte, insieme al dirigente del competente ufficio dell'Assessorato, al Direttore del Centro Regionale Prevenzione Oncologica e al Direttore del Registro Tumori, tutti i responsabili dei programmi di screening delle 7 AASSLL regionali.
3. Condivisione del modello operativo regionale e stipula di eventuali accordi, con i medici di medicina generale, con le associazioni potenzialmente rappresentative del target (Assessorati Pari Opportunità di Regione e Comune, Organizzazioni Sindacali, Federcasalinge, Associazioni Femminili, Terzo Settore, Cooperative Migranti);
4. Definizione della rete regionale screening di I, II e III livello, in relazione al possesso dei requisiti previsti, e stesura di protocolli operativi per la individuazione di specifici rapporti funzionali con adozione di procedure condivise. nel rispetto delle linee Guida (PNLG, ONS, GISMA)
5. Definizione dei requisiti per la realizzazione di un sistema informativo regionale sulla base di una valutazione qualitativa dei sistemi esistenti, progettando il loro adeguamento informativo, la loro interoperabilità e il trasferimento dati ad un unico centro regionale, in previsione del futuro conferimento dati al Ministero della Salute.
6. Definizione con l'Osservatorio Nazionale Screening e con il Gisma di pacchetti formativi relativi alle diverse fasi e alle diverse figure professionali impegnate nello screening;

7. Programmazione con l'Osservatorio Nazionale Screening e con il Gisma di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della mammella;
8. Implementazione di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della mammella;
9. Definizione di un programma di Screening dedicato nei casi di eredo-familiarità

*Azioni delle AASSLL*

1. Inserimento formale del Programma Screening nell'Atto Aziendale, individuando un nucleo-servizio per promozione-coordinamento-valutazione screening
2. Definizione e approvazione del progetto screening, in relazione al modello operativo regionale
3. Adozione della "Strategia dei piccoli gruppi" con individuazione negli stessi di donne che per il loro ruolo riconosciuto all'interno di una qualunque forma organizzata di aggregazione possano svolgere una funzione di empowerment e rappresentare dei tramite operativi tra la comunità e l'istituzione sanitaria. Formazione di mediatrici culturali per le donne delle varie etnie.
4. Coinvolgimento dei Medici di famiglia, attraverso la Condivisione del Programma e la Stipula di un accordo specifico
5. Adozione del sistema informativo rispondente ai requisiti definiti a livello regionale.
6. Collegamento con Registro Tumori Regionale, secondo il programma di implementazione regionale.
7. Adesione al programma regionale Screening dedicato nei casi di eredo-familiarità.

*Attori:*

Settore assistenza sanitaria dell'Assessorato Regionale Sanità e Osservatorio epidemiologico regionale  
Responsabili dei programmi di screening aziendali

Professionisti dei diversi livelli del percorso di screening, epidemiologi, servizi materno-infantili, chirurghi, oncologi.

Registro Tumori della Regione Campania

Medici di Medicina Generale

*Portatori di interesse:*

Comuni

8. Associazioni

*Possibili criticità:*

1. difficoltà ad affermarsi di una forte cultura della prevenzione;
2. assenza di una consapevole pressione specifica dei primi portatori di interesse, ci riferiamo cioè alla collettività nelle sue diverse forme associative (sindacati, associazioni, partiti);
3. assenza di una consapevole presa in carico della problematica "piani della prevenzione" da parte delle funzioni di governo, da cui discende una scarsa attenzione alla realizzazione dei piani e l'assenza di un mandato sostanziale ai Direttori Generali;
4. scarso peso dato nella valutazione Regionale dei Direttori Generali alla realizzazione degli obiettivi di salute rispetto al raggiungimento di obiettivi normativi o economici;
5. scarsa attitudine nei management aziendali a fare scelte strategiche e di priorità fra i vari possibili interventi di tutela della salute, a fronte di una scarsità di risorse.

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

<b>AZIONI REGIONALI</b>			
La realizzazione dello screening è stato assegnato dalla Regione come obiettivo formale ai Direttori generali delle AASSLL	Delibera obiettivi Direttori generale	Assessorato sanità	1° mese
La regione costituisce un gruppo di coordinamento, monitoraggio e valutazione	Decreto dirigenziale	Assessorato sanità	2° mese
Il gruppo di coordinamento condivide il modello operativo regionale con i diversi portatori di interesse e stipula eventuali accordi	Accordi formali	Assessorato sanità	3° mese
Il gruppo di coordinamento definisce con ONS e GISMa pacchetti formativi	Programmi pacchetti formativi	Assessorato sanità ONS e GISMa	4°-6° mese
Il gruppo di coordinamento progetta con ONS e GISMa una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della mammella	Progetto	Assessorato sanità ONS e GISMa	4°-6° mese
La Regione avvia una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della mammella	Inizio della campagna	Assessorato sanità	10° mese
<b>AZIONI DELLE AASSLL</b>			
La Direzione Aziendale dell'ASL approva e finanzia lo screening individuando un nucleo-servizio per promozione-coordinamento-valutazione screening	Delibera aziendale	Direzione Aziendale	2° mese
I Distretti offrono attivamente il test al 100% della popolazione target annuale .	n. utenti cui è stato offerto il test/ 50% n. utenti totale	Archivio informatico screening	
Effettua il test il 50% della popolazione bersaglio annuale	n. utenti che hanno effettuato il test /50% n. utenti totale	Archivio informatico screening	

**Progetto 3: Macroarea 3. Prevenzione della Popolazione a Rischio. Riorganizzazione e implementazione del Programma di Screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del cancro della cervice uterina mediante esecuzione di esame colpo citologico (Pap-Test) offerto con cadenza triennale alla popolazione femminile di età compresa tra 25 e 65 anni (Quadro d'Insieme n° 3.1.3)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale

3.1 Tumori e Screening

Descrizione del progetto

*Razionale*

In Italia ogni anno si stimano circa 3.500 nuovi casi di tumore della cervice, con una incidenza media nazionale pari a un caso ogni 10.000 donne; tale patologia è caratterizzata da una non alta letalità, pari a meno di 1/1000 casi. Il Test di Papanicolau o Pap-Test, utilizzato per lo screening della malattia, contribuisce a ridurre non solo la mortalità per carcinoma, ma anche l'incidenza della neoplasia invasiva. La riduzione complessiva delle forme invasive e l'aumento di quelle in situ registratesi negli ultimi decenni, infatti, sono da attribuirsi all'effetto della diagnosi precoce che individua prevalentemente le forme pre-invasive. Uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo del tumore della cervice è l'infezione da HPV, il Papilloma virus umano, che si trasmette per via sessuale. Se si considera l'alta probabilità (50-80%) con cui la popolazione femminile in età giovanile entra in contatto con il virus del Papilloma e se si esamina la percentuale elevatissima (80%) di guarigione spontanea dalla stessa

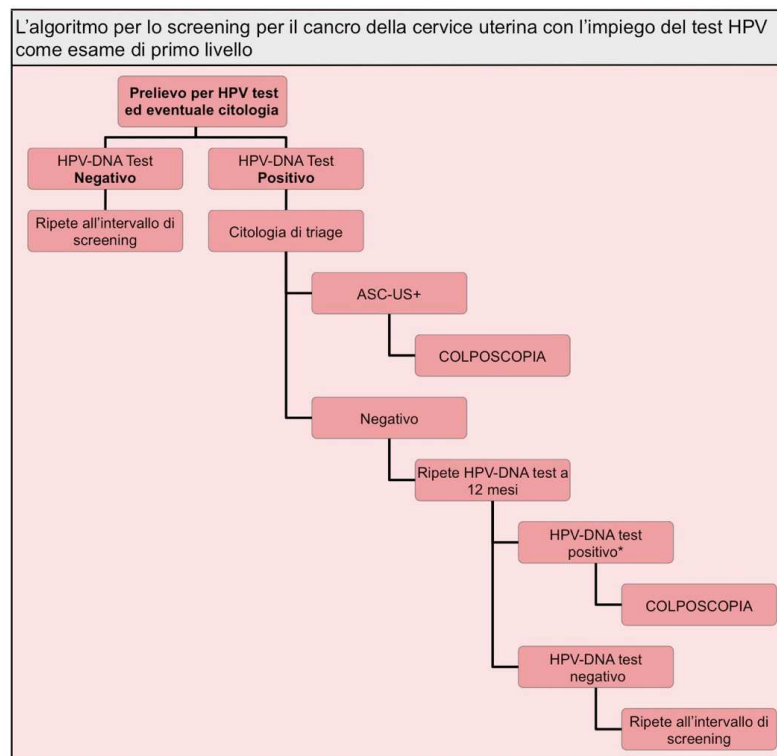
infezione e si osserva infine l'intervallo di tempo necessario (vari anni) a ché la persistenza della infezione si trasformi in lesioni di alto grado fino ad arrivare al cancro, risulta del tutto improrogabile la priorità del potenziamento e della attuazione del programma di screening in tutta la regione Campania.

Lo studio PASSI dimostra come, rispetto alle altre regioni italiane, in Campania lo screening cervicale sia ancora poco diffuso: nel 2009 in Campania il 56% delle donne target si è sottoposta allo screening contro il 74% delle donne italiane. Tra le donne sottoposte allo screening, il 38% lo ha fatto al di fuori dello screening organizzato mentre il 18% si è sottoposta allo screening organizzato dalle asl regionali (in Italia il 37%). Lo screening per il cervicocarcinoma, in Campania, soffre della concorrenza dei test spontanei: ciò sembra essere attribuibile non solo al rapporto di fidelizzazione che le donne hanno stabilito con il proprio ginecologo ma anche al fatto che nella nostra regione –come in gran parte del meridione- ciò che viene offerto dalla struttura pubblica, ed in più in modo gratuito, viene interpretato come qualitativamente scadente. E' pertanto di fondamentale importanza procedere alla verifica dei requisiti dei Centri che offrono il Pap-test, nonché creare un registro dei specialisti ginecologi che operano anche nel privato disposti ad eseguire il pap-test secondo i parametri di qualità e di intervallo fissati dal programma. La popolazione target (donne 25-65 aa) per l'esecuzione dello screening è pari a 1.516.253 a cui bisogna aggiungere la quota di donne straniere STP.

E' opportuno inoltre procedere alla innovazione delle tecnologie per lo screening del cancro cervicale mediante sperimentazione dell'uso del test HPV DNA per la sua graduale introduzione come test primario, definendo anche strategie e protocolli di triage dopo test HPV e metodologie condivise sia per il miglioramento della qualità sia per il contenimento dei costi.

Il GISCI, in particolare, ha recentemente indicato il test HPV-HR come test primario di screening, sottolineando la necessità che vengano rispettate le seguenti regole (GISCI 2009):

- algoritmo basato sul test HPV e successivo triage citologico (cfr. Figura)
- procedure univoche di gestione del prelievo
- utilizzo di test validati dalla letteratura
- centralizzazione dei test molecolari e della lettura del Pap test
- definizione di protocolli condivisi sull'algoritmo generato dal test HPV e dal triage citologico. In particolare per la gestione di donne con meno di 35 anni
- valutazione dell'impatto organizzativo sulla logistica, le procedure, i software gestionali, i sistemi informativi, etc
- valutazione dei costi e delle risorse necessarie
- valutazione della performance e dell'impatto sulla base degli indicatori disponibili eventualmente seguito dal prelievo colpo-citologico, in accordo al seguente schema



### Obiettivi generali

Riduzione della mortalità per cancro della cervice uterina.

### Risultati attesi

offerta attiva dello screening mediante Pap-Test, a tutta la popolazione bersaglio;  
sperimentazione dell'uso del test HPV DNA per la sua graduale introduzione come test primario;  
offerta attiva dei controlli di II livello a tutti i soggetti positivi ai tests;  
adesione grezza almeno del 50% della popolazione bersaglio;  
intervallo tra diagnosi positiva ai tests e i controlli di II livello entro gli standard Gisci in tutte le Aziende USL e AO;  
alimentazione della survey Gisci da parte del 100% delle aziende.

### Principali azioni:

#### Azioni centrali

- Attribuzione ai Direttori Generali o ai Commissari Straordinari dell'obiettivo di realizzazione dello screening del cancro della cervice uterina;
6. Costituzione di un gruppo di coordinamento, monitoraggio e valutazione dell'andamento dello screening di cui facciano parte, insieme al dirigente del competente ufficio dell'Assessorato, al Direttore del Centro Regionale Prevenzione Oncologica e al Direttore del Registro Tumori, tutti i responsabili dei programmi di screening delle 7 AASSLL regionali;
  7. Condivisione del modello operativo regionale e stipula di eventuali accordi, con i medici di medicina generale, con le associazioni potenzialmente rappresentative del target (Assessorati Pari

Opportunità di Regione e Comune, Organizzazioni Sindacali, Federcasalinghe, Associazioni Femminili, Terzo Settore, Cooperative Migranti);

8. Definizione della rete regionale screening di I, II e III livello, in relazione al possesso dei requisiti previsti, e stesura di protocolli operativi per la individuazione di specifici rapporti funzionali con adozione di procedure condivise. nel rispetto delle linee Guida (PNLG, ONS, GISCI)
9. Definizione dei requisiti per la realizzazione di un sistema informativo regionale sulla base di una valutazione qualitativa dei sistemi esistenti, progettando il loro adeguamento informativo, la loro interoperabilità e il trasferimento dati ad un unico centro regionale, in previsione del futuro conferimento dati al Ministero della Salute.
10. Definizione con l'Osservatorio Nazionale Screening e con il Gischi di pacchetti formativi relativi alle diverse fasi e alle diverse figure professionali impegnate nello screening,;
11. Programmazione con l'Osservatorio Nazionale Screening e con il Gischi di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della cervice uterina.
12. Implementazione di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della cervice uterina, con particolare riguardo al recupero delle donne tra 25 e 34 anni che meno aderiscono allo screening ed alla promozione dell'offerta del vaccino anti-HPV alle dodicenni.

#### *Azioni delle AASSLL*

1. Inserimento formale del Programma Screening nell'Atto Aziendale, individuando un nucleo-servizio per promozione-coordinamento-valutazione screening
2. Definizione e approvazione del progetto screening, in relazione al modello operativo regionale
3. Adozione della "Strategia dei piccoli gruppi" con individuazione negli stessi di donne che per il loro ruolo riconosciuto all'interno di una qualunque forma organizzata di aggregazione possano svolgere una funzione di empowerment e rappresentare dei tramite operativi tra la comunità e l'istituzione sanitaria. Formazione di mediatrici culturali per le donne delle varie etnie.
4. Coinvolgimento dei Medici di famiglia, attraverso la Condivisione del Programma e la Stipula di un accordo specifico
5. Adozione del sistema informativo rispondente ai requisiti definiti a livello regionale.
6. Collegamento con Registro Tumori Regionale, secondo il programma di implementazione regionale.

#### *Attori:*

1. Settore assistenza sanitaria dell'Assessorato Regionale Sanità e Osservatorio epidemiologico regionale
2. Responsabili dei programmi di screening aziendali
3. Professionisti dei diversi livelli del percorso di screening, epidemiologi, servizi materno-infantili, chirurghi, oncologi.
4. Registro Tumori della Regione Campania
5. Medici di Medicina Generale

#### *Portatori di interesse:*

1. Comuni
2. Associazioni

#### *Possibili criticità:*

1. difficoltà ad affermarsi di una forte cultura della prevenzione;
2. assenza di una consapevole pressione specifica dei primi portatori di interesse, ci riferiamo cioè alla collettività nelle sue diverse forme associative (sindacati, associazioni, partiti);

3. assenza di una consapevole presa in carico della problematica "piani della prevenzione" da parte delle funzioni di governo, da cui discende una scarsa attenzione alla realizzazione dei piani e l'assenza di un mandato sostanziale ai Direttori Generali;
4. scarso peso dato nella valutazione Regionale dei Direttori Generali alla realizzazione degli obiettivi di salute rispetto al raggiungimento di obiettivi normativi o economici;
5. scarsa attitudine nei management aziendali a fare scelte strategiche e di priorità fra i vari possibili interventi di tutela della salute , a fronte di una scarsità di risorse.

*Sistema di valutazione:*

<b>AZIONI REGIONALI</b>			
La realizzazione dello screening è stato assegnato dalla Regione come obiettivo formale ai Direttori generali delle AASSLL	Delibera obiettivi Direttori generale	Assessorato sanità	1° mese
La regione costituisce un gruppo di coordinamento, monitoraggio e valutazione	Decreto dirigenziale	Assessorato sanità	2° mese
Il gruppo di coordinamento condivide il modello operativo regionale con i diversi portatori di interesse e stipula eventuali accordi	Accordi formali	Assessorato sanità	3° mese
Il gruppo di coordinamento definisce con ONS e GISCI i pacchetti formativi	Programmi pacchetti formativi	Assessorato sanità ONS e GISCI	4°-6° mese
Il gruppo di coordinamento progetta con ONS e GISCI una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della cervice uterina	Progetto	Assessorato sanità ONS e GISCI	4°-6° mese
La Regione avvia una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della cervice uterina	Inizio della campagna	Assessorato sanità	10° mese
<b>AZIONI DELLE AASSLL</b>			
La Direzione Aziendale dell'ASL approva e finanzia lo screening individuando un nucleo-servizio per promozione-coordinamento-valutazione screening	Delibera aziendale	Direzione Aziendale	2° mese
I Distretti offrono attivamente il test al 100% della popolazione target annuale .	n. utenti cui è stato offerto il test/ 50% n. utenti totale	Archivio informatico screening	
Effettua il test il 50% della popolazione bersaglio annuale	n. utenti che hanno effettuato il test /50% n. utenti totale	Archivio informatico screening	

**Progetto 4: Piano di fattibilità per la realizzazione della rete regionale di registrazione oncologica (Quadro d'Insieme n° 3.1.4)**

Identificativo della linea o delle linee di intervento generali di cui in tabella 1

**3.1 Tumori e screening**

Analisi strutturata del problema

*Definizione e funzioni di un Registro Tumori*

I Registri Tumori sono strutture la cui funzione principale è quella di monitorare nel tempo l'andamento della patologia oncologica su un territorio di riferimento; tale monitoraggio si realizza attraverso la



raccolta, codifica, elaborazione ed analisi di tutte le informazioni relative ai casi di tumore che vengono diagnosticati alle persone residenti nell'area di riferimento. Due elementi contraddistinguono l'attività dei Registri Tumori: la continuità nel tempo della rilevazione ed il riferimento all'intera popolazione residente nell'area monitorata; tali caratteristiche, evitando le possibili distorsioni legate a selezioni di particolari gruppi di popolazione, consentono di avere un quadro reale, dinamico e di insieme del problema oncologico del territorio di riferimento, sia in riferimento alla patologia oncologica rilevata nel tempo, sia in riferimento agli interventi messi in atto per contrastarla e sia degli esiti che l'intero sistema diagnostico curativo attivato riesce a produrre.

I Registri Tumori conducono essenzialmente due tipologie di attività:

1. di epidemiologia descrittiva;
2. di epidemiologia valutativa.

Nel primo gruppo rientrano le valutazioni di:

- a) incidenza oncologica (nuovi casi di tumore rilevati nel tempo nell'area monitorata); i dati di incidenza esprimono il reale indice di rischio oncologico di un territorio;
- b) prevalenza (tutti i casi di cancro rilevati nell'area ad una data definita indipendentemente dalla data di diagnosi); tali studi permettono di definire e quantizzare il carico assistenziale, strutturato per le diverse patologie oncologiche, di cui il sistema sanitario deve farsi carico;
- c) sopravvivenza (anni di vita vissuti a decorrere dalla data di incidenza); è questa una misura di esito che permette di misurare l'efficacia dell'intero sistema preventivo, diagnostico e curativo messo in atto nella lotta contro il cancro.

Questi tipi di valutazione sono di fondamentale importanza non solo per la ricchezza di informazioni già in sé contenute, ma anche perché rappresentano l'indispensabile supporto per altri studi, di tipo analitico, finalizzati a ricercare possibili rapporti di causalità (studi di epidemiologia ambientale, analisi di cluster, studi clinici di coorte, etc.)

Nel secondo gruppo rientrano:

- a) le valutazioni di impatto che gli screening producono sulla presentazione della patologia oncologica alla diagnosi; si misura in pratica l'entità della anticipazione diagnostica determinata sull'intera popolazione target dallo screening e la conseguente diversa stadiazione registrata alla diagnosi;
- b) l'analisi dei percorsi sanitari compiuti dai pazienti nella loro storia di malattia; tali studi permettono di rilevare le differenze nell'accesso alle cure e la possibile diversa qualità delle stesse cure erogate in relazione a differenze di tipo socio-economiche; tali studi mirano a rilevare le disuguaglianze in campo sanitario con l'obiettivo di contribuire ad eliminarle;
- c) le valutazioni di efficacia di linee guida in relazione alla gestione diagnostica e terapeutica di particolari patologie oncologiche;
- d) la valutazione dei costi (efficienza) in relazione a strutture e servizi attivati in campo oncologico.

Da queste considerazioni di massima emerge chiaro il fatto che i Registri Tumori non sono assolutamente delle strutture di tipo burocratico amministrativo, che raccolgono informazioni sui casi di tumore: i Registri rappresentano delle strutture di epidemiologia oncologica sul territorio con il compito di mettere tra loro in correlazione i vari e molteplici flussi informativi in campo sanitario, ricostruire "la storia" dei casi di tumore, formulare linee di ricerca e, utilizzando strumenti statistici, elaborare ed interpretare i dati rilevati sul proprio territorio di riferimento per fornire informazioni di servizio agli operatori sanitari, e di governo ai responsabili della programmazione sanitaria dell'azienda territoriale e della Regione.

### *Contesto nazionale*

Attualmente in Italia sono attivi 34 Registri Tumori di Popolazione accreditati, di cui 28 generali e 5 specializzati (2 dei Tumori Infantili - Piemonte e Marche -, 2 specializzati d'organo - mammella e colon-retto-, 1 dei Mesoteliomi); nell'area coperta da Registri vivono circa 20 milioni di cittadini (pari al 33,8% della popolazione totale); la distribuzione dei Registri, e la conseguente copertura di popolazione, non è uniforme sul territorio nazionale, passando dal 50,2% del Nord, al 25,5% del Centro, al 17,9% del Sud e Isole; nemmeno la dimensione dei Registri è omogenea, variando, in assenza di un gradiente geografico, da dimensioni regionali (Umbria) a dimensioni provinciali (la maggior parte) o corrispondenti ad una sola Azienda Sanitaria (ex ASL NA4) o singola città (Torino).

La rete dei Registri Tumori italiani si è strutturata in Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum) e dal 2005, attraverso una specifica convenzione con il Ministero della Salute, è referente per lo stesso Ministero per la promozione, formazione e sostegno dell'attività di registrazione dei tumori in Italia, secondo regole condivise e procedure internazionalmente accreditate. L'attuale Piano Oncologico Nazionale 2010-2012 affida all'AIRTum il compito di portare la copertura del territorio nazionale al 50% entro il 2012, riconoscendo la necessità di una rete nazionale dei Registri Tumori.

### *Contesto Regionale*

In Regione Campania, seconda regione italiana per numero di abitanti, sono attivi 2 Registri Tumori: quello della ex ASL Napoli 4 (istituito nel 1995 dall'ASL e successivamente, nel 2001, fatto proprio dalla Regione) e quello riferito all'intera provincia di Salerno (istituito nel 1996 dall'ente Provincia). Insieme i due Registri coprono una popolazione di circa 1.650.000 abitanti pari al 28,5% della popolazione regionale. Inoltre, nonostante la Regione presenti la più alta proporzione di bambini/adolescenti a livello nazionale, non esiste attualmente un Registro Tumori Infantili. È questo uno strumento utile non solo per la registrazione dei tumori in tale fascia di età, registrazione che viene effettuata anche nell'ambito dei Registri Tumori generali, ma principalmente per rilevare le specificità che la gestione dei tumori in tale fascia di età presenta: particolarità isto-morfologiche dei tumori, risposta ed effetti a lungo termine dei trattamenti, monitoraggio della salute dei lungo sopravvissuti e, non ultimo, valutazione prospettica della qualità di vita dei soggetti e delle loro famiglie.

La Regione Campania attraverso propri atti, tra cui la DGR 1293 del 17/07/2007 "Misure per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione in relazione a fattori di rischio ambientale: potenziamento OER e Registri Tumori", ha previsto una migliore strutturazione di alcune attività ritenute di alto valore strategico nell'ambito del monitoraggio dello stato di salute della popolazione; tra queste vi sono il consolidamento dei Registri Tumori esistenti e la istituzione di RT di popolazione in aree di particolare criticità ambientale, quali la provincia di Caserta e l'intera provincia di Napoli, in prospettiva della realizzazione del Registro Tumori dell'intera Regione Campania.

In tale prospettiva, recentemente l'Assessorato alla Sanità ha avviato le procedure per l'attivazione di un Registro Tumori Regionale, strutturato come rete di 7 Registri Tumori Aziendali, uno per ogni Azienda Sanitaria Locale, tra loro collegati attraverso la loro diretta partecipazione a un coordinamento regionale presso l'Area Generale di Coordinamento n° 20, affidato all'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Il presente progetto esprime il Piano di fattibilità su cui avviare la realizzazione, nell'arco del triennio 2010/2012, del Registro Tumori della Regione Campania con la copertura dell'intero territorio regionale. La stesura del piano trae elementi dalle esperienze condotte in altre aree nazionali e principalmente dall'esperienza condotta in ambito regionale dai due Registri già operativi in Regione da circa 15 anni.

### Descrizione del progetto

#### *Razionale del Progetto*

Senza scendere in dettagli analitici e sulla scorta dei dati prodotti dai due Registri attivi in campo regionale confrontati con i dati nazionali, una visione di insieme dell'andamento della patologia oncologica regionale permette di evidenziare che:

- persiste in Campania una minore incidenza complessiva di cancro che si accompagna, però, ad una maggiore mortalità;
- tale paradosso è determinato da una minore sopravvivenza oncologica, quantizzabile nell'ordine di 6 punti percentuali in meno rispetto al dato nazionale della sopravvivenza a cinque anni;
- per alcuni tumori, pur persistendo tassi di incidenza più bassi, i trend di crescita annui sono più alti rispetto a quelli del pool dei Registri tumori, tanto da far prevedere che alla fine di questo decennio i tassi di incidenza di tali tumori si allineeranno a quelli nazionali, perdendo uno dei pochi vantaggi storici che la Regione Campania, ed il Meridione d'Italia nel suo complesso, hanno avuto per il passato rispetto altre aree geografiche italiane;
- è presente in Campania un livello inadeguato di diagnosi precoce per il cancro della cervice uterina, della mammella e del colon retto, tumori che presentano il più alto differenziale negativo della sopravvivenza;
- i percorsi diagnostico – assistenziali in campo oncologico sono caratterizzati da una estrema frantumazione e mancato controllo di standard di qualità, condizione questa che impedisce la valutazione e la conseguente corretta programmazione;
- è ormai a tutti noto il degrado ambientale in diverse aree geografiche della Regione venutosi a creare sin dagli anni '80, sia ad opera di una gestione poco accorta del territorio da parte delle amministrazioni locali, che ad opera di una gestione malavitosa dei rifiuti tossici.

Tutti questi elementi portano a considerare che da un lato stiamo assistendo, in Campania, ad una progressiva modifica della patologia oncologica sul territorio legata, presumibilmente, a cambiamenti delle esposizioni a fattori cancerogeni: condizioni individuali predisponenti, modifica delle abitudini e stili di vita, esposizioni professionali, fattori cancerogeni da inquinamento ambientale; dall'altro siamo in presenza di un sistema dalle numerose criticità in cui, a fronte dei costi sostenuti, non corrisponde una sistematica e capillare azione di valutazione di efficacia, efficienza e degli esiti osservati rispetto a quelli attesi.

Tale condizione determina quindi la necessità di attivazione di una rete di registrazione oncologica in grado di fungere da sensore e strumento epidemiologico sul territorio che sia capace di leggere l'andamento della patologia oncologica e valutare gli strumenti e le dinamiche messe in campo per farvi fronte.

#### *Struttura e Funzioni della Rete di Registrazione Oncologica Regionale*

Il Registro Tumori Regionale della Campania viene progettato come un sistema a rete composto da:

1. un Registro Tumori generale di popolazione per ognuna delle sette Aziende Sanitarie Regionali, dotato ognuno di struttura e personale dedicato ed allocato nell'ambito dei rispettivi Dipartimenti di Prevenzione;
2. un Registro Regionale Tumori Infantile per la registrazione dei tumori nella fascia di età 0/19 anni a copertura dell'intero territorio regionale, da collocare logisticamente presso una delle Aziende Sanitarie Regionali e la cui gestione è affidata ad uno dei Registri Tumori già operativi;

3. un coordinamento degli otto Registri tenuto presso l'Assessorato alla Sanità - Osservatorio Epidemiologico Regionale, presso cui confluiscono i dati e si realizza il Registro Tumori della Regione.

#### *Attori*

Assessorato alla Sanità – AGC 20;

4. Osservatorio Epidemiologico Regionale;
5. AASSLL regionali;
6. Coordinamento regionale dei Registri aziendali;
7. Unità Operative Registri Tumori.

#### *Funzioni – Azioni*

##### *Azioni centrali :*

Assessorato alla Sanità – AGC 20

Inquadramento e stabilizzazione dei due Registri Tumori esistenti;

- e) attribuzione ai Direttori Generali/Commissari Straordinari dell'obiettivo di realizzazione del Registro Tumori di Popolazione sul territorio di riferimento delle rispettive Aziende Sanitarie;
- f) approvazione dei programmi di attivazione dei Registri Tumori Aziendali;
- g) costituzione di un gruppo di regionale della Rete di Registrazione cui facciano parte, oltre al Responsabile dell'OER cui è affidato il coordinamento, i responsabili dei Registri Tumori delle varie Aziende e del Registro Tumori Infantili, il responsabile del Registro Regionale dei Mesoteliomi, il Responsabile del COR (Centro Operativo Regionale per la registrazione dei tumori a possibile eziologia professionale), il Direttore dell'ARSAN o suo delegato, il responsabile regionale della SIAPEC o suo delegato;
- h) attribuzione alle Aziende Sanitarie Locali delle risorse economiche vincolate alla realizzazione del Registro;
- i) attribuzione al Coordinamento Regionale di risorse economiche e di uno staff tecnico dedicato a supporto per le proprie attività.

Coordinamento Regionale della rete di Registrazione - Osservatorio Epidemiologico Regionale:  
Stesura e condivisione di un protocollo operativo regionale unico, al fine di garantire omogeneità operative su tutto il territorio regionale, in accordo con le linee guida internazionali (IARC) e nazionali (AIRtum);

Proposta di un software gestionale unico da utilizzare su tutto il territorio regionale;

Condivisione di criteri di riferimento da cui derivare il fabbisogno, in termini di risorse umane e strumentali, da garantire ai vari Registri Aziendali;

Attivazione di un tavolo permanente di consultazione/cooperazione con le istituzioni scientifiche regionali attive in campo oncologico come INT-Fondazione Pascale; CRPO, referente/referenti regionali dei tre screening di popolazione; sezione regionale della Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia (SIAPEC);

Stesura, e condivisione con le altre strutture regionali istituzionalmente deputate, di un protocollo regionale per l'acquisizione, l'accesso, la protezione, la gestione e l'utilizzo dei dati sensibili, in accordo e nel rispetto delle legge che regolamentano la sfera dei dati sensibili;

Interfaccia con le strutture regionali per l'acquisizione dei flussi informativi regionali;

proposta, in accordo con la sezione regionale della SIAPEC, di un tracciato record minimo dei referti di anatomia patologica da indicare come riferimento per tutto il territorio regionale;

interfaccia con strutture di ricovero e cura extra regionali per il recupero di documentazione clinica riferita ai ricoveri fuori regione;

Supporto metodologico e operativo ai Registri Aziendali;

acquisizione e aggiornamento dell'Anagrafica Regionale;

acquisizione, record-linkage con l'Anagrafica di Registro e cessione ai Registri dei propri dati di pertinenza territoriale:

- della Banca dati SDO Regionale;
  - della migrazione extraregionale;
  - dei dati di anatomia patologica da tutti i laboratori regionali, pubblici e privati accreditati, (in attesa della creazione di un unico data set regionale);
  - della Banca dati regionale delle Prestazioni Ambulatoriali Specialistiche (pubbliche e private accreditate);
  - del File F regionale (prescrizioni farmacologiche);
- j) Programmazione, in collaborazione con l'AIRTum, di un corso di formazione base iniziale e di un piano di aggiornamento costante, rivolto a tutti gli operatori regionali coinvolti nella registrazione oncologica;
- k) valutazione delle attività dei Registri Aziendali e check di qualità – realizzato secondo gli standard AIRTum – dei dati degli stessi Registri;
- l) creazione e tenuta di una unica Banca dati del Registro Tumori della Regione Campania, strutturata in forma anonima e con soli codici numerici, attraverso l'acquisizione dei dati di incidenza dai vari Registri Aziendali;
- m) Stesura di report e relazioni istituzionali a supporto della programmazione sanitaria;
- n) Attivazione di cooperazioni scientifiche con altre istituzioni regionali, nazionali ed internazionali e proposta di attività di ricerca analitica coinvolgendo i gruppi operativi dei Registri aziendali.

#### *Funzioni – Azioni decentrate*

##### Azioni delle AASSLL

La Direzione Aziendale dell'ASL:

Istituisce un'unità organizzativa dedicata, afferente al Dipartimento di Prevenzione, con compiti di epidemiologia delle malattie croniche e gestione del Registro Tumori di popolazione aziendale e funzioni di valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi di prevenzione e delle cure oncologiche, monitoraggio dei percorsi assistenziali dei pazienti oncologici su ciascuno dei territori aziendali e regionale. A tal fine presenta all'Assessorato Regionale, per l'approvazione, un programma finalizzato all'istituzione sul proprio territorio di riferimento del Registro Tumori di Popolazione, con personale e risorse dedicate, allocata presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria;

- o) garantisce il funzionamento della struttura in applicazione degli standard organizzativi indicati e delle linee guida e protocolli operativi regionali;
- p) favorisce l'integrazione del Registro con le altre strutture e servizi sanitari operativi sul territorio.

##### Funzioni delle Unità Operative di Registri Tumori della Aziende Sanitarie

Realizza il Registro Tumori di popolazione della Azienda Sanitaria attraverso:

- Acquisizione e aggiornamento anagrafica assistiti e/o anagrafica comunale della propria area di riferimento;
- Acquisizione dal coordinamento regionale dei flussi informativi relativi al territorio di propria pertinenza ( SDO, Anatomia patologica; Prestazioni ambulatoriali, File F);

- Acquisizione dal RENCAM aziendale dei dati di mortalità;
  - Acquisizione dei dati aziendali relativi alle esenzioni ticket per patologia oncologica e per invalidità per cause oncologiche;
  - Gestione, all'interno del software gestionale del Registro, dei flussi informativi in applicazione delle regole contenute nel manuale AIRTum "Qualità dei flussi informativi, metodologie d'integrazione e definizione automatica della casistica nei Registri Tumori";
  - Definizione dei casi di incidenza relativi al proprio territorio di riferimento in applicazione del "Manuale di tecniche di registrazione" dell' AIRTum;
  - Consultazione del materiale cartaceo occorrente per la definizione dei casi di incidenza (cartelle cliniche, documentazione prodotta per l'esenzione ticket, schede cliniche prodotte dagli ambulatori di oncologia aziendali);
8. Provvede all'accreditamento dei propri dati presso la Banca Dati dell' AIRTum;
  9. Sottopone i dati prodotti al check di qualità attivato presso il Coordinamento Regionale della rete di Registrazione e concorre alla creazione e tenuta della Banca Dati del Registro Tumori della Regione Campania attraverso la trasmissione periodica obbligatoria, al coordinamento regionale, dei dati di incidenza prodotti;
  10. Elabora, analizza e gestisce anche in modo autonomo i dati prodotti e riferiti al proprio territorio di riferimento;
  11. Crea collegamenti operativi con i referenti degli screening attivi sul proprio territorio di riferimento e contribuisce, con i propri dati, alla valutazione dell'impatto degli screening sulla presentazione della patologia oncologica alla diagnosi;
  12. Contribuisce alla valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi di prevenzione e cure oncologiche,
  13. Cura il monitoraggio dei percorsi assistenziali dei pazienti oncologici del proprio territorio di riferimento;
  14. Partecipa allo studio del proprio territorio di riferimento attraverso l'attivazione di cooperazioni scientifiche con altre istituzioni, servizi e gruppi di ricerca e la partecipazione a studi analitici supportati dai dati di incidenza prodotti;

*Valutazione di processo e di esito con crono programma*

Oggetto della valutazione	Indicatori	Fonte dati	Tempistica
<b>AZIONI REGIONALI</b>			
La realizzazione del Registro Tumori generale di Popolazione dell'Azienda Sanitaria viene formalmente assegnata dalla Regione come obiettivo ai Direttori generali delle AASSLL nell'ambito della Rete Regionale di Registrazione Oncologica	Delibera obiettivi Direttori generale	Assessorato sanità AGC20	1°-2° mese
La realizzazione del Registro Tumori infantile della Regione Campania viene formalmente assegnata dalla Regione come obiettivo al Direttore generale di una delle AASSLL campane nell'ambito della Rete Regionale di Registrazione Oncologica	Delibera obiettivi Direttore generale	Assessorato sanità AGC20	1°-2° mese
La regione costituisce il gruppo di coordinamento regionale della Rete di Registrazione Oncologica Regionale presso l'OER e lo staff tecnico dedicato di supporto	Decreto dirigenziale	Assessorato sanità AGC20	1°-2° mese
Il coordinamento elabora il piano di fattibilità e il protocollo operativo (punti a- b del piano)	Protocollo operativo	Gruppo operativo regionale	2°-4° mese
Il coordinamento definisce con AIRTum corso base di formazione	Programmi formativo	Gruppo operativo regionale	5°-6° mese
La Regione approva i programmi di attuazione dei Registri	Delibera di istituzione	Assessorato	6°-7 mese°

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Tumori delle Aziende	Registri Tumori	sanità AGC20	
La Regione approva il programma di attuazione del Registro Tumori Infantile della Regione Campania	Delibera di istituzione Registro Tumori Infantile	Assessorato sanità AGC20	6°-7 mese
Il coordinamento avvia attività di acquisizione dati (punti d - j - k del Piano)	Protocollo operativo	Gruppo operativo regionale	6°-12° mese
<b>AZIONI DELLE AASSLL</b>			
Le AASSLL preparano il programma di realizzazione del Registro Tumori dell'Azienda	Delibera Direttore/Commissario ASL	AASSLL	5°-6° mese
La ASL incaricata prepara il programma di realizzazione del Registro Tumori Infantile	Delibera Direttore/Commissario ASL	AASSLL	5°-6° mese
Le AASSLL costituiscono le Unità operative Registri Tumori e provvedono all'acquisto degli strumenti operativi per il loro funzionamento ( hardwar, arredi, etc.)	Delibera Direttore/Commissario ASL	AASSLL	7°-9° mese
L' ASL incaricata costituisce l' Unità operativa Registro Tumori Infantile presso il proprio Registro Tumori Generale e provvede all'acquisto degli strumenti operativi per il suo funzionamento (hardwar, arredi, etc.)	Delibera Direttore/Commissario ASL	AASSLL	7°-9° mese
L'Unità Operativa Registro Tumori Infantile avvia la registrazione dei tumori infantili della Regione Campania per il quinquennio 2003/2007			10°-18° mese
Le Unità Operative partecipano al corso di formazione base e acquisiscono il software gestionale del Registro			18°-20° mese
Le unità Operative acquisiscono i flussi informativi relativi al proprio territorio di riferimento			18°-20° mese
Avvio Registrazione casi di incidenza per il per il triennio 1998/2000			20°-24° mese

## 2.2 Le malattie cardiovascolari

### Progetto 5: Prevenzione delle recidive nei soggetti con precedenti accidenti cardiovascolari acuti (Quadro d'Insieme n° 3.2.1.)

#### Identificativo della Linea di Intervento Generale:

Prevenzione delle popolazioni a rischio

#### Breve descrizione del progetto

#### Razionale dell'intervento:

La prevenzione del rischio di recidive nelle malattie croniche e degenerative di maggiore impatto sociale è un obiettivo prioritario di intervento nella sanità pubblica, così come definito nella Conferenza Stato-Regioni fin dal 2005.

La popolazione che già è andata incontro ad eventi morbosi per definizione è quella con aumentato rischio di malattia; il fenomeno è particolarmente rilevante per le malattie cardiovascolari dove un

individuo colpito da una specifica patologia acuta (per esempio infarto miocardico) può andare incontro ad un nuovo evento acuto con rischio di 7-8 volte maggiore rispetto ad un individuo mai colpito.

La rilevanza della prevenzione delle recidive di questa patologia cardiovascolare è data dal fatto che è possibile, attraverso interventi efficaci erogati in continuità assistenziale temporale (1-3 anni) e spaziale (ospedale-territorio) dopo l'evento acuto, ridurre in maniera drammatica l'incidenza di nuovi attacchi e la mortalità specifica. Si stima che in un anno dall'evento, con una corretta azione di tipo farmacologico e sullo stile di vita (dismissione dal fumo di sigaretta, corretta alimentazione, promozione dell'esercizio fisico) sia possibile ridurre di circa il 40% il rischio di nuovi eventi.

Si può stimare che in Campania in un anno dall'evento ci siano circa 500 infarti da recidiva, con la possibilità dunque di ridurre questo numero a circa 300, che in termini di costi umani è assolutamente di grande rilevanza, ma lo è anche in termini economici, con un risparmio ipotizzabile intorno ai 6-7 milioni di euro solo per la componente di ospedalizzazione.

Gli individui coinvolgibili in questo intervento di prevenzione sono coloro che hanno avuto una diagnosi di infarto miocardico acuto (IMA) o sindrome coronarica acuta (SCA), e/o che siano stati sottoposti ad intervento di angioplastica coronarica percutanea (PTCA).

I compiti fondamentali della prevenzione delle recidive sono ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, ritardare la progressione del processo aterosclerotico e della cardiopatia sottostante ed il deterioramento clinico, e ridurre morbilità e mortalità.

Questi obiettivi possono essere perseguiti attraverso due principali tipologie di azioni:

- Informare e motivare i pazienti affetti da malattia cardiovascolare sui sintomi di recidiva, sul corretto uso dei farmaci, sull'importanza dell'aderenza alla terapia e sui percorsi diagnostici e terapeutici del follow-up, ed a modificare stili di vita non salutari.
- Identificare e modificare negli individui a rischio o nei pazienti affetti da malattia cardiovascolare i fattori di rischio, attraverso il riconoscimento di marcatori biochimici o strumentali con valore prognostico e monitorarne la progressione.

Dopo un evento cardiovascolare acuto, è indispensabile un programma strutturato di valutazione globale del rischio e di intervento complessivo comprendente attività fisica in ambiente ospedaliero, counseling dietologico e il supporto educativo e psicologico con percorsi finalizzati a modificare gli specifici fattori di rischio del paziente.

Viene riconosciuto sempre più che queste azioni possono essere intraprese in modo sicuro e con successo nell'ambito dell'assistenza primaria, intendendo per quest'ultima l'assistenza disponibile sul territorio (medico di medicina generale, attività distrettuali ecc.).

Un approccio tipo menu riconosce la necessità di adeguare l'offerta di servizi alle necessità specifiche del singolo individuo.

Essa deve includere: a) un intervento informativo, educativo e comportamentale per modificare credenze errate sulle malattie cardiache, per incoraggiare la sospensione del fumo, il raggiungimento o il mantenimento di un peso corporeo ideale attraverso un'alimentazione corretta, uno stile di vita alimentare ispirato a principi qualitativi protettivi; b) la riabilitazione lavorativa per il ritorno al lavoro o ad attività lavorative non professionali, c) il riferimento nel tempo, per un follow-up adeguato, all'assistenza primaria, con il supporto specifico del cardiologo e/o dello psicologo e/o del fisioterapista e/o del dietologo.

Naturalmente il mantenimento a lungo termine dell'attività fisica e del cambiamento nello stile di vita, in base alle evidenze disponibili, deve essere perseguito affinché i benefici siano persistenti nel tempo.



Partecipare ad un gruppo locale di supporto cardiaco o di auto-sostegno, che comprenda attività fisica da svolgere in una palestra o un centro ricreativo, potrebbe contribuire a mantenere l'attività fisica ed uno stile di vita sano.

Ugualmente partecipare a stage di cucina salutare può costituire uno strumento educativo importante.

Vi è pertanto la necessità di promuovere programmi di prevenzione secondaria dopo evento acuto cardiovascolare al fine di effettuare un intervento efficace e continuativo nella fase sia a breve che a medio-lungo-termine, che dovrà essere necessariamente gestito insieme con il medico di medicina generale e l'ausilio, quando disponibili, di particolari facilitazioni locali.

In pratica è indispensabile l'implementazione dei programmi di riabilitazione cardiologica e di counseling dietologico in accordo con i MMG ed i servizi territoriali, del resto già identificati nel precedente Piano di Prevenzione Attiva della Regione Campania.

Tra le azioni condotte nell'ambito del precedente Piano c'è stata la formazione dei cardiologi ospedalieri che curano i cardiopatici ischemici nella fase acuta, al fine di orientarli all'identificazione di alcune procedure comuni che facilitino il rapporto con i servizi territoriali ed in particolare i MMG, che rappresentano i terminali decisivi per la continuità assistenziale, al fine di garantire attività di follow-up ed integrazione tra servizi e funzioni assistenziali.

Tra queste procedure è stata particolarmente curata la definizione di lettera-tipo di dimissione ospedaliera, includente una diagnosi di rischio di recidiva basata sulle carte di rischio dello studio GISSI che orienti la tipologia degli interventi farmacologici e non farmacologici.

La lettera-tipo di dimissione ospedaliera è dunque uno strumento di informazione per il MMG e per il paziente; inoltre consente uniformità ed equità di trattamento a livello di tutti i presidi ospedalieri regionali e di tutti gli altri operatori del SSR.

L'informatizzazione delle relazioni tra attori in campo attraverso lo scambio delle informazioni presenti sulla lettera di dimissione ospedaliera è fortemente richiesta per facilitare tutte le operazioni di continuità assistenziale, di valutazione e di controllo di qualità del progetto.

L'identificazione di un modello di management dell'intervento sul paziente appare come una condizione rilevante per il riferimento delle attività da promuovere su tutto il territorio regionale; questo modello si riferisce soprattutto all'intervento di tipo non farmacologico (training fisico e stage di cucina salutare), anche in comune con l'intervento su pazienti con altre patologie richiedenti interventi di questo tipo per migliorare la prognosi

#### *Obiettivi generali:*

Obiettivo fondamentale è la riduzione del rischio di recidive di eventi cardiovascolari in pazienti dopo IMA, SCA, e/o PTCA. Obiettivi secondari/intermedi sono:

- Collaborazione fra i Centri che assistono pazienti affetti da eventi cardiovascolari acuti;
- Definizione di protocolli di riabilitazione e prevenzione;
- Utilizzo della carta del rischio GISSI;
- Diffusione della "lettera di dimissione" del paziente affetto da evento cardiovascolare acuto al fine della valutazione del rischio di recidiva e delle modalità di riabilitazione e di prevenzione, inclusa un'azione di informatizzazione del sistema di relazioni informative;
- Incremento delle prescrizioni e trattamenti riabilitativi;
- Formazione degli operatori di specialistica ambulatoriale e dei MMG sui temi della riabilitazione cardiovascolare, della prevenzione della riacutizzazione degli eventi acuti;

- Definizione di un modello di gestione degli interventi non farmacologici anche in connessione con esperienze che includono pazienti con altre patologie dove tali interventi migliorano la prognosi

#### *Risultati attesi*

Il risultato più rilevante che ci si attende da questo progetto è la riduzione significativa della morbosità e della mortalità dovuta alle recidive con rilevanti effetti sui costi umani, sociali ed economici, come stimato precedentemente nella scheda.

#### *Azioni principali:*

- l'adozione di una lettera-tipo di dimissione da parte delle strutture cardiologiche da inviare al MMG all'atto della dimissione del cardiopatico dopo evento acuto
- la promozione del coinvolgimento di strutture specifiche riabilitative alla fase di recupero del paziente dopo l'evento acuto
- l'adozione e l'utilizzo da parte dei MMG di strumenti per una valutazione del rischio cardiovascolare individuale all'atto della dimissione, come la Carta del rischio del GISSI nel post-IMA
- la promozione, attraverso uno specifico progetto di formazione ed aggiornamento, da parte dei MMG di interventi farmacologici e non farmacologici a lungo termine per prevenire le recidive di eventi cardiovascolari nei pazienti a loro afferenti con recente SCA, IMA o PTCA, con l'obiettivo di ridurre la morbilità, la mortalità cardiovascolare, la disabilità ed i ricoveri ospedalieri a distanza
- la definizione di un modello di gestione degli interventi non farmacologici anche in connessione con esperienze che includono pazienti con altre patologie dove tali interventi migliorano la prognosi

#### *Attori:*

Operatori del SSR, in particolare quelli degli ospedali che dimettono pazienti con IMA, SCA o PTCA; MMG; strutture riabilitative; servizi territoriali distrettuali; associazioni di cittadini.

#### *Portatori di interesse:*

Cittadini, operatori del SSR, industrie del farmaco, industrie agroalimentari, istituzione regionale.

#### *Possibili criticità:*

Scarsa attenzione alla compilazione della lettera di dimissione e più generalmente alla comunicazione con il MMG o i servizi territoriali da parte degli operatori delle strutture ospedaliere coinvolte nella cura dei pazienti; mancanza di collegamento con strutture riabilitative o lontananza geografica di queste strutture rispetto alla localizzazione quotidiana della vita del paziente; scarsa adesione dei MMG alle attività di formazione e di utilizzo degli strumenti creati per il programma (lettera di dimissione, carte del rischio dello studio GISSI), per questioni di tempo impegnato o mancanza di familiarità con strumenti informatici oppure per difficoltà a comunicare con le strutture ospedaliere o i centri riabilitativi; scarsa attenzione delle strutture e degli operatori del SSR ai fondamenti razionali del progetto.

#### *Sistema di valutazione:*

La valutazione del progetto sarà effettuata: 1. Direttamente con le strutture e gli operatori interessati (presidi ospedalieri, strutture riabilitative, MMG); 2. Attraverso la verifica dei tassi di ospedalizzazione regionale

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

*Cronoprogramma:*

<b>CRONOGRAMMA DEL PROGETTO PER 24 MESI</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Costituzione del Progetto e del Coordinamento Centrale	X	X																						
Preparazione e diffusione della scheda di dimissione ospedaliera		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Riattivazione dei collegamenti con i referenti delle strutture cardiologiche		X	X	X	X	X	X																	
Ripresa dei programmi di formazione per gli operatori dei presidi sanitari coinvolti e dei MMG					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Identificazione degli strumenti di monitoraggio e di controllo della qualità		X	X	X	X	X																		
Adozione di un sistema di valutazione e controllo di qualità, includente un attivo scambio di informazione con i presidi ospedalieri, le strutture riabilitative ed i MMG. Sviluppo di un'iniziativa concomitante per definire il modello di gestione degli interventi non farmacologici							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

*Beneficiari:*

Cittadini campani adulti di entrambi i sessi' già colpiti da IMA, SCA o sottoposti a PTCA

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

Obiettivo fondamentale di salute è la riduzione di morbosità e mortalità cardiovascolare, in particolare per malattie coronariche, attraverso l'orientamento delle procedure assistenziali efficaci ed appropriate inerenti la continuità dell'assistenza sanitaria per i pazienti con malattia coronarica.

Obiettivi intermedi e indicatori di processo sono:

- - Il coinvolgimento di specifici operatori della sanità pubblica, ospedalieri, di strutture di riabilitazione, dei servizi territoriali specialistici e dei MMG;
- - L'implementazione tra gli operatori coinvolti di procedure standard per facilitare equità distributiva delle prestazioni di riconosciuta buona pratica clinica;
- - Lo sviluppo di un piano di lavoro e strategie per i vari livelli operativi, incluso la definizione di un modello di gestione degli interventi non farmacologici;
- - La formazione degli operatori coinvolti nella prevenzione attiva.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Numero delle lettere di	Monitoraggio dei presidi	5-10% stimato	60%		100%	

dimissione inviate	ospedalieri che dimettono i pazienti					
Numero delle lettere di dimissione ospedaliera effettivamente utilizzate per la pratica clinica	Monitoraggio dei MMG; verifica delle prescrizioni dei farmaci	20% stimato	50%		100%	
Percentuale di pazienti dopo SCA, IMA o PTCA avviati alla riabilitazione cardiologica	Monitoraggio nei Centri di Cardiologia Riabilitativa della Campania; Monitoraggio dei presidi ospedalieri che dimettono i pazienti	5-10% stimato	30%		60%	
Numero delle recidive degli eventi coronarici	Monitoraggio archivio schede di dimissione ospedaliera	15-20% stimato	10-15%		5-10%	

### 2.3 Il diabete

#### **Progetto 6: Prevenzione delle complicanze del diabete attraverso l'attuazione del disease management (Quadro d'Insieme n° 3.3.1)**

##### Identificativo della Linea di Intervento Generale

3.3

##### Breve descrizione del progetto

##### *Razionale dell'intervento*

Realizzare il *Disease Management* per l'assistenza al diabete attraverso l'integrazione a rete tra i Medici di Assistenza Primaria, i Servizi Territoriali e le strutture specialistiche dei Presidi Ospedalieri e dei Policlinici Universitari, per garantire continuità di cura al paziente. Tale modello prevede la strutturazione di un percorso assistenziale condiviso, che eviti frazionamenti delle cure, ripetizioni delle indagini, ritardi diagnostici, ed eccessivi iter burocratici, responsabili dell'aggravamento delle condizioni cliniche del paziente. Ruolo fondamentale in tale processo è assunto dalle attività di educazione terapeutica strutturata volte all'*empowerment* del paziente

##### *Obiettivi generali:*

Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete, perseguendo i seguenti obiettivi:

- individuare precocemente la malattia nella popolazione a rischio aumentato, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza
- predisporre protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici, anche con riguardo alla fornitura di presidi per il monitoraggio della glicemia

- definire percorsi assistenziali con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica e dell'educazione terapeutica dei pazienti, considerando anche la frequente presenza di comorbidità
- valutare la rete assistenziale per l'acuzie e la cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione
- favorire l'implementazione di sistemi informativi e banche dati che facilitino la gestione e la valutazione dei programmi

#### *Risultati attesi*

- miglioramento dell'appropriatezza del ricorso a prestazioni diagnostico-terapeutiche con riduzione dei ricoveri impropri attraverso un'offerta adeguata di prestazioni erogate negli specifici livelli di cura, coerenti alle linee guida validate a livello nazionale.
- riduzione dell'incidenza delle complicanze attraverso lo screening e la diagnosi precoce effettuate attraverso programmi assistenziali proattivi-
- trattamento precoce ed efficace delle complicanze secondo percorsi assistenziali condivisi ed incentrati sul paziente con particolare riguardo al percorso per la prevenzione del "Piede diabetico"
- riduzione della "mobilità passiva" dovuta ad interventi terapeutici per le complicanze del diabete, attraverso il miglioramento dell'offerta sul territorio regionale di livelli di maggiore complessità assistenziale, prevedendo un'integrazione a rete territorio-ospedale e viceversa
- riduzione della mortalità per diabete : tale obiettivo generale, non sarà immediatamente misurabile, ma la presa in carico del paziente nel percorso di cura, potrebbe già di fatto ridurre la mortalità dovuta ad episodi acuti (coma)
- qualificazione e miglior utilizzo delle competenze professionali di tutti gli operatori coinvolti.
- miglioramento della qualità dei servizi offerti al paziente.
- miglioramento della comunicazione tra i soggetti coinvolti

#### *Analisi di contesto*

##### *L'esperienza avviata con il Piano di Prevenzione 2005-2007*

Alla luce di quanto esposto nelle premesse epidemiologiche e nell'analisi di contesto, preso atto degli obiettivi e delle azioni già indicate nel Piano di Prevenzione 2005-2007, si è dato l'avvio all'attuazione del modello assistenziale di Gestione Integrata del Diabete Mellito (Disease Management), già sufficientemente validato da altre esperienze nazionali ed internazionali, come sperimentazione regionale. Secondo le indicazioni del **Progetto Igea** (*Integrazione Gestione e Assistenza del Diabete*), coordinato dall'ISS e strumento di supporto tecnico-metodologico ai Piani di Prevenzioni Regionali per la prevenzione delle complicanze del diabete, per Gestione Integrata deve intendersi un processo assistenziale finalizzato al consolidamento di una prassi di gestione condivisa tra il MMG, riferimento primario del singolo paziente, e la rete dei professionisti territoriali ( specialisti, infermieri, dietisti, psicologi, altre figure professionali) coinvolte nel percorso assistenziale.

Tale approccio, che prevede, peraltro, la partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia, fonda i propri assunti sull'approccio integrato e coordinato, in modo da coinvolgere i diversi livelli assistenziali prevedendo, tra l'altro:

- l'adesione alle linee guida validate a livello nazionale;
- l'erogazione dell'assistenza attraverso percorsi assistenziali
- l'attuazione di programmi di educazione sanitaria e di supporto al paziente diabetico
- l'attivazione di uno strumento (cartaceo o magnetico) atto a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente conformi alle linee guida

- la realizzazione ed implementazione di un sistema informativo informatizzato in rete per la gestione integrata, che ne consenta il monitoraggio attraverso un set di indicatori validati (Indicatori IGEA).

Il prodotto principale della Gestione Integrata è la definizione, concordata all'interno della rete assistenziale, di un piano di follow-up attivo mirato sui bisogni del paziente.

*Principali risultati raggiunti in relazione agli obiettivi specifici della programmazione:*

Il Progetto "Linee operative per la pianificazione regionale sulla prevenzione delle complicanze del diabete" ha completato le fasi di carattere organizzativo, comprendenti tutti gli adempimenti formali, la costituzione del gruppo tecnico, la organizzazione dei gruppi di lavoro aziendali, il reclutamento delle realtà territoriali, la formazione dei formatori presso l'ISS e l'organizzazione e l'attuazione del piano formativo IGEA per tutti gli operatori (circa 300 partecipanti), la progettazione e parziale attuazione della rete integrata informatizzata.

Nell'anno 2009 sono stati raggiunti obiettivi di completamento e rimodulazione del progetto, con azioni non svolte nel 2008, come il completamento delle attività di formazione, la informatizzazione, la pianificazione e progettazione della messa in rete degli operatori coinvolti, mentre tutta la fase di reportistica sarà svolta nel triennio successivo.

Il progetto, è stato effettuato nel PRP 2005-2007 su 6 ex AASSLL pilota della Regione Campania nelle quali risultavano già in sperimentazione programmi di *Disease Management* (A.S.L. NA 1; ASL NA2; A.S.L. NA 3; A.S.L. NA 4 ; A.S.L. SA 2 ; A.S.L. CE 1 attualmente ASL Na1 centro, ASL Na2 nord; ASL Na3 Sud ; ASL CE; ASL SA): le differenti realtà sono state confrontate attraverso un processo di *benchmarking*., al fine di valutare diversi aspetti differenti del *Disease Management*, a cui ogni ASL ha dedicato particolare attenzione.

Nell'ambito di ogni ASL un coordinamento multispecialistico di progetto ha individuato unità territoriali costituite da medici di medicina generale, da uno o più centri di diabetologia afferenti ad uno o due distretti limitrofi, con il coinvolgimento attivo dell'assistenza sanitaria di base del distretto. Le unità territoriali sono state identificate dalle ASL in base ai requisiti richiesti. I medici di medicina generale ed i centri diabetologici, sono stati individuati in base alla disponibilità ed alla possibilità di attuare concretamente la gestione integrata e di garantire l'adesione alle linee guida, così come predisposte dalla DGRC 1168/2005. Come requisito per l'adesione al progetto è stato richiesto l'uso di strumenti informatici per la raccolta dei dati e la possibilità di collegamento per via telematica.

I pazienti sono stati reclutati in modo opportunistico dai MMG e dai centri diabetologici in base ai seguenti criteri: persone con diabete, di età compresa tra 20 e 75 anni, con esclusione di coloro che sono affetti da patologie concomitanti gravi (es: neoplasie in stadio avanzato, altre gravi patologie endocrine, autoimmunità, trattamenti con steroidi o farmaci immunosoppressori, gravi turbe psichiche, non autosufficienza). Ai pazienti è stato richiesto il consenso informato, il cui modello è stato redatto in collaborazione con la FAND

*Elementi per l'analisi dello stato dell'arte e dei risultati del Piano 2005-2007*

Alla luce degli obiettivi raggiunti, le valutazioni relative all'attuazione del Piano non possono che essere positive, in quanto tali azioni hanno contribuito ad innescare un processo di cambiamento relativo, non solo all'approccio alla patologia diabetica, ma alle patologie croniche in generale.

Pertanto, considerando il peso delle criticità, che si presentavano e che sono attualmente presenti, e che hanno fortemente influito sulla realizzazione complessiva del progetto, il raggiungimento degli obiettivi finali del progetto è da intendersi più come raggiungimento di obiettivi a lungo termine, mirante al superamento della fase "progettuale" ed alla messa a regime del modello assistenziale Disease

Management del Diabete su tutto il territorio regionale. Tali azioni positive avranno una ricaduta anche su un approccio più ampio alla realizzazione di accordi contrattuali con la Medicina Generale e la Specialistica Ambulatoriale, in quanto sicuramente questa esperienza dimostra la fattibilità di nuovi modelli assistenziali basati sul chronic health model e sul disease management, che si dimostrano essere le strategie vincenti rispetto a patologie croniche ad alta prevalenza e di forte impatto sociale come il Diabete.

Il modello verrà, con l'attuazione del Piano di Prevenzione 2010-2012, esportato su tutto il territorio regionale, al fine di garantire omogeneità ed equità delle cure rispetto alla patologia diabetica.

#### *Azioni principali:*

Nel Piano 2010-2012 verrà esportato il modello del *Disease Management* in tutta la Regione. Le AASSLL già partecipanti al Piano 2005-2007 potranno reclutare altri distretti precedentemente non coinvolti, in particolare le AASSLL che hanno subito accorpamenti, mentre il Progetto sarà esteso anche alla ASL Benevento (in cui è stata già avviata la formazione IGEA) ed alla ASL Avellino, non ancora coinvolte. In tale progetto, vista la particolare criticità relativa alle amputazioni nei diabetici in Campania, tra i percorsi di cura relativi a screening e follow-up delle complicanze, verranno particolarmente prese in carico le attività relative alla prevenzione ed al trattamento delle ulcere, che colpiscono il 10-15% dei diabetici dopo i 20 anni di malattia. Si prevede pertanto di implementare il percorso assistenziale per la prevenzione del piede diabetico nelle ASL campane attraverso uno specifico programma di formazione degli operatori, educazione terapeutica al paziente, ed individuazione della rete assistenziale sempre attraverso la logica del *Disease management*.

La realizzazione del Piano di Prevenzione per le complicanze del diabete richiede l'assunzione negli organismi di governo e di gestione regionali e, a cascata, nelle singole aziende, di un modello logico per lo sviluppo di azioni sequenziali da mettere in campo per perseguire l'obiettivo di salute prefissato. Tale modello logico può variare da azienda ad azienda in alcune modalità operative, a seconda delle preesistenti tipologie organizzative di assistenza diabetologica, della configurazione territoriale, della densità demografica, della composizione socio culturale della popolazione di riferimento.

#### *Azioni centrali:*

- Attribuzione ai Direttori Generali o ai Commissari Straordinari dell' obiettivo di realizzazione del modello assistenziale del Disease Management per la prevenzione delle complicanze del diabete mellito.
- Individuazione delle modalità di coordinamento del progetto
- Attribuzione risorse per il Coordinamento del Progetto
- Costituzione del comitato tecnico scientifico di progetto CTO. IL CTO rappresenta il coordinamento progettuale, verifica l'andamento del cronoprogramma, riunisce i referenti aziendali, individua strategie per l'attuazione, effettua il benchmarking tra le AASSL coinvolte, valuta gli indicatori, misura il raggiungimento degli obiettivi, analizza i reports per la valutazione dei risultati raggiunti. Tale metodologia consentirà, inoltre di effettuare una analisi dei bisogni per un'assistenza più adeguata. Tale Comitato è composto da:
  - ARSAN
  - Osservatorio Epidemiologico Regionale
  - Università
  - Project manager
  - Diabetologi ospedalieri e territoriali
  - Medico Distrettuale di Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base
  - Medico di Medicina Generale

- Farmacista esperto in farmacoeconomia
- OSDI
- Associazione Pazienti
- Attribuzione alle Aziende Sanitarie Locali delle risorse economiche vincolate alla realizzazione del Disease Management del diabete mellito.
- Condivisione del modello operativo, e stipula di eventuali accordi, con i medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, con le associazioni pazienti
- Programmazione ed implementazione di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione delle complicanze del diabete basata sui principi dell'educazione terapeutica strutturata per migliorare gli stili di vita delle persone con diabete
- Definizione di pacchetti formativi relativi alle diverse fasi e alle diverse figure professionali impegnate nel Disease Management in collaborazione con l'ISS. Implementazione dei moduli formativi IGEA nelle realtà neo reclutate.
- Strutturazione e realizzazione di programmi di formazione/educazione, destinatari: soggetti con diabete partecipanti al progetto. Sono state già svolte riunioni relative ai contenuti scientifici ed alla organizzazione, coinvolgendo il Comitato tecnico e la società scientifica GISED.

#### *Definizione delle modalità di costruzione e aggiornamento del registro di patologia diabetica*

Obiettivo: Acquisizione di dati finalizzati alla quantificazione e classificazione della popolazione diabetica e/o con comorbidità in carico alle diverse ASL.

Attualmente i dati epidemiologici relativi ai pazienti diabetici in regione Campania sono rilevabili solo attraverso l'esenzione del ticket, che, oltre ad essere un dato molto generico, non permette un'adeguata valutazione della gravità e delle complicanze di malattia.

Obiettivo del progetto è costruire un "Registro regionale di patologia", dal quale poter desumere analisi dei bisogni che possano anche indirizzare in modo efficiente l'offerta dei servizi.

E' necessario, pertanto, validare i dati esistenti e recuperare la quota di diabetici misconosciuti anche attraverso l'analisi delle prescrizioni terapeutiche e la rete dei MMG. Le unità operative delle ASL afferenti al progetto distrettuali raccoglieranno e comunicheranno i dati a livello di ASL che provvederà a trasmetterli annualmente all'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Tali dati devono contenere, tra l'altro, informazioni relative al tempo di insorgenza della patologia, tipo di terapia, presenza e tipo di complicanze, tipo di terapia praticata.

#### *Azioni Locali*

La direzione aziendale deve individuare un nucleo di coordinamento multidisciplinare, in cui vengono comprese le figure appartenenti al team ed in particolare un rappresentante dei pazienti ( FAND), per l'attuazione e monitoraggio del programma, approvare formalmente il programma ed attribuire le risorse necessarie;

Definizione di un cronoprogramma aziendale, in linea con il cronoprogramma regionale, finalizzato alla messa a regime del programma in due anni su tutto il territorio regionale con precisi obiettivi di processo e di esito

I distretti recluteranno i MMG partecipanti volontariamente, in caso non sia stato ancora attuato il nuovo accordo regionale della medicina generale. Con l'attuazione del nuovo accordo verrà recepita all'interno di questo la "gestione integrata" del diabete, pertanto i MMG parteciperanno al Programma di Prevenzione secondo le modalità previste nel contratto.



L'ASL si farà carico, in attuazione della Legge Regionale 9/2009, di organizzare l'assistenza diabetologica di II livello in Centri Diabetologici, o anche Aggregati Funzionali Territoriali (AFT), in cui è previsto il team multispecialistico diabetologico, che effettuerà la presa in carico del paziente secondo il modello assistenziale di gestione integrata.

Considerato che l'obiettivo principale del modello *Disease Management* è quello dell'integrazione tra i Medici di Assistenza Primaria, i Servizi Territoriali e le strutture specialistiche dei Presidi Ospedalieri e dei Policlinici Universitari, per far sì che venga garantita continuità di cura al paziente, è necessario strutturare un percorso assistenziale che eviti frazionamenti delle cure, ripetizioni delle indagini, anche a breve termine, ritardi diagnostici, ed eccessivi iter burocratici, responsabili dell'aggravamento delle condizioni cliniche.

L'assistenza, pertanto, si articolerà su tre livelli:

#### I livello

- Assistenza di base (Medici di Assistenza Primaria) - Ambulatori Dedicati

#### II livello

- Centri specialistici territoriali (AFT) ( Distretti Socio-Sanitari) - Accessi programmati

#### III livello

- Presidi Ospedalieri di AASSLL, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari
- Attuazione del Day Service ( DGRC 102/2009)
- PACC 250 Diabete Complicato e/o screening delle complicanze d'organo
- Ricoveri per complicanze acute

La popolazione target è rappresentata dalle persone con diabete, di età compresa tra 20 e 75 anni, con esclusione di coloro che sono affetti da patologie concomitanti gravi non strettamente connesse alla patologia diabetica (es: neoplasie in stadio avanzato, altre gravi patologie endocrine, autoimmunità, trattamenti con steroidi o farmaci immunosoppressori, gravi turbe psichiche, non autosufficienza). I pazienti dovranno aderire tramite consenso informato.

L'integrazione avverrà, oltre che attraverso la condivisione del percorso diagnostico terapeutico, attraverso un sistema informativo informatizzato, che consenta di raccogliere ed analizzare tutti gli indicatori di processo e di esito previsti dal Progetto IGEA.

Tale sistema informativo, implementerà nelle AASSLL già coinvolte i nuovi distretti reclutati, mentre le nuove AASSL entreranno nella rete, seguendo il modello già precedentemente definito.

Nella realizzazione del progetto sarà posta particolare attenzione alle modalità di comunicazione tra le strutture coinvolte e tra queste e i pazienti stessi .

La comunicazione fra MMG e CD sarà assicurata secondo la seguente procedura informatizzata attraverso la condivisione dei dati attraverso il *portale appropriatezza*:

Il MMG fornisce al CD, per ogni paziente in gestione integrata e per ogni volta che viene attivata la consulenza, i dati desunti dal proprio archivio informatico finalizzati all'aggiornamento della cartella clinica del CD, anche ad evitare inutili ripetizioni di esami.

15. Il CD trasmette al MMG, ogni qualvolta venga attivato, un resoconto dettagliato della consulenza del paziente seguito in gestione integrata.
16. Il CD trasmette al MMG il piano terapeutico per la prescrizione dei presidi sanitari.

### *Programma di intervento di educazione terapeutica strutturata*

#### *Obiettivo generale*

Costruire un modello educativo da poter inserire nell'attività clinica routinaria finalizzato all'empowerment del paziente

#### *Obiettivo specifico*

- Formare l'equipe ( diabetologo, infermieri, mmg, e gli specialisti che fanno parte del team per lo screening delle complicanze)
- far acquisire competenze al diabetico per motivarlo alle modifiche del suo stile di vita e all'autogestione della sua patologia

#### *Attività*

La formazione dell'equipe si realizza attraverso lezioni frontali e prove pratiche sull'approccio sistemico e i metodi di apprendimento.

Verranno programmate visite di gruppo a cadenza periodica (GROUP CARE) :Tempi (0 e ogni tre mesi)- Gruppi: 10 pazienti (metaplan - lezione interattiva-atelier dei gesti)

#### *Tematiche da trattare*

- Il diabete (Dieta e attività fisica)
- Le complicanze
- L'autocontrollo
- Le emergenze e la terapia

Tempo 0: somministrazione questionario QVL e Conoscitivo

Tempo ogni tre mesi :Incontro educativo e verifica del compenso glicometabolico,BMI,C.A.

Al termine del percorso : somministrazione questionario QVL e conoscitivo (feedback)

- Attori

Persone con diabete-Medici di Medicina Generale- Diabetologi territoriali, ospedalieri ed universitari- Epidemiologi dei Servizi di Epidemiologia Aziendali- Medici Specialisti in branche collegate alla patologia diabetica- Medici di Organizzazione dei Servizi Sanitari,- Farmacisti- Infermieri Professionali, Dietisti, Podologi, - Informatici,- Personale a contratto, consulenti, borsisti- Associazione Pazienti

#### *Portatori di interesse*

Associazioni pazienti, ASL, associazioni di categoria

#### *Possibili criticità*

Come descritto nell'analisi di contesto, si registra in Campania una mortalità per diabete molto alta, considerando che i dati a disposizione sono comunque sottostimati, attribuendosi le morti esclusivamente a patologie cardiovascolari. Purtroppo la individuazione tardiva dei nuovi casi e la sottovalutazione del manifestarsi delle complicanze, fanno sì che il decorso della patologia, raggiunge inarrestabilmente gli esiti peggiori, determinando un alto tasso di ricoveri ed un aumento della incidenza di dialisi ed amputazioni. L'attuazione del Piano di Prevenzione 2005-2007 (Progetto IGEA) ha messo in evidenza una carente organizzazione dell'offerta di prestazioni, il più delle volte incentrata sul singolo evento e non sulla logica di percorso assistenziale. Pertanto viene persa la multidisciplinarietà dell'approccio, aggravata dai lunghi tempi di attesa per le singole prestazioni, che determina una scarsa efficacia ed

efficienza dell'assistenza. Inoltre l'offerta appare ancora molto incentrata sul ricovero ospedaliero (acuto e DH) determinando così in appropriatezza ed aggravio dei costi. La scarsa integrazione degli attori del sistema di cure (MMG, specialisti, ospedale), la incompleta realizzazione di una rete informatizzata, la carenza di personale dedicato alla prevenzione ( dietisti, podologi), l'insufficiente offerta di programmi strutturati di educazione terapeutica, restano i nodi critici da affrontare.

Tali criticità attinenti allo specifico contesto dell'assistenza alla persona con diabete, devono poi inserirsi in un quadro di contesto più ampio, che riguarda tutto l'approccio assistenziale relativo alla prevenzione e che si condivide con le altre linee progettuali quale:

1. la difficoltà ad affermarsi di una forte cultura della prevenzione
2. l' assenza di una consapevole presa in carico della problematica "piani della prevenzione" da parte delle funzioni di governo e di management regionali, da cui discende una scarsa attenzione alla realizzazione dei piani e l'assenza di un mandato sostanziale ai Direttori Generali;
3. lo scarso peso dato nella valutazione Regionale dei Direttori Generali alla realizzazione degli obiettivi di salute rispetto al raggiungimento di obiettivi normativi o economici;
4. la scarsa attitudine nei management aziendali a fare scelte strategiche e di priorità fra i vari possibili interventi di tutela della salute, a fronte di una scarsità di risorse.
5. lo spostamento dei fondi dedicati ai programmi di prevenzione su interventi "emergenziali", che sarebbero stati invece evitati se si fossero realizzate le politiche della prevenzione.

Sicuramente alle motivazioni sopraesposte si aggiungono, come responsabilità da addurre al non raggiungimento degli obiettivi attesi per alcune attività, la difficile realtà che la Regione Campania sta vivendo con gli adempimenti del Piano di Rientro e del Commissariamento, che spesso hanno rallentato e rallentano lo svilupparsi di tutte quelle attività che prevedono investimenti di nuove risorse, tra cui l'informatizzazione del sistema informativo per la gestione integrata, i nuovi accordi per la medicina generale e la specialistica ambulatoriale, l'accreditamento dei Centri Diabetologici privati, l'integrazione nel team diabetologico di nuove figure professionali dietisti, podologi, psicologi ( previsti anche nella legge regionale 9 /2009)

#### Sistema di valutazione:

*Definizione delle modalità di acquisizione dei dati per la valutazione degli indicatori di processo e di esito.*

Al fine di monitorare il modello organizzativo proposto per la gestione della patologia diabetica saranno utilizzati indicatori specifici (Progetto IGEA) per poter misurare outcome intermedi ed outcome di esito.

Per l'elaborazione di tali indicatori, è necessario predisporre un apposito flusso informativo che preveda l'incrocio di diverse fonti: flusso informativo sulle prestazioni ambulatoriali, flusso informativo della farmaceutica, banca dati SDO regionale (valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri) , dati desunti dalle Cartelle cliniche dei MMG , dati desunti dalle cartelle cliniche delle strutture diabetologiche (II e III livello), archivi ASL dell' assistenza protesica e di invalidità, archivi ASL delle esenzioni ticket per patologia.

Tali dati verranno analizzati, a livello regionale (ARSAN) e resi disponibili alle AASSLL, per consentire la valutazione della qualità dell'assistenza fornita, i risultati raggiunti rispetto agli attesi, e proporre eventuali ripianificazioni dei programmi e rimodulazione dell'offerta dei percorsi assistenziali.

Il Progetto Igea ha proposto un "Dizionario Dati" con lo scopo principale di " permettere che la medesima informazione sia generata indipendentemente dall'organizzazione o sistema che la cattura, o perlomeno che gli applicativi dei diversi operatori (MMG, specialisti) siano in grado di fornire ad una apposita interfaccia i dati relativi ad un paziente in un formato di interscambio.

La finalità del Dizionario Dati IGEA è quella di identificare l'insieme di informazioni che possono consentire, a livello locale, regionale e nazionale, di monitorare il processo di continuità delle cure all'interno del sistema di gestione integrata del diabete mellito tipo 2". ( Progetto Igea. Requisiti informativi. Documento di indirizzo)

Gli indicatori adottati nel Piano di Prevenzione delle Complicanze del Diabete Mellito sono mutuati dagli indicatori del Progetto IGEA, pertanto condividendone pienamente la individuazione, si ritiene di utilizzarli come strumento di analisi e valutazione sia per il livello regionale, ma anche per rendere il lavoro effettuato in regione Campania, confrontabile e valutabile anche con altre realtà nazionali

#### *Gli indicatori clinici.*

Misurano la qualità della cura. Il set di indicatori è costituito da 45 indicatori:

- 19 Indicatori clinici di processo
- 14 indicatori clinici di esito intermedio
- 12 indicatori clinici di esito finale

#### *Indicatori di sistema*

Valutano il livello di attuazione dei programmi nelle diverse realtà: locali, regionali e nazionali

Effettuano comparazioni tra diverse realtà locali

Valutano il livello di partecipazione dei diversi attori che aderiscono alla Gestione Integrata

Conoscono il livello di interoperabilità degli operatori coinvolti nei programmi di G.I.

Il set di indicatori è costituito da 14 Indicatori di attuazione, diretti a tre aree: attori coinvolti, pazienti arruolati, sistemi informativi .

Si rimanda la descrizione dei singoli indicatori e la modalità per il loro calcolo al "Documento di Indirizzo sui requisiti informativi. Appendice 2. Progetto IGEA. Maggini, Raschetti, Giusti et all. Il Pensiero Scientifico Editore

#### *Cronoprogramma*

- Costituzione CTO. 1 mese
- Individuazione e coordinamento delle strutture e degli operatori sanitari coinvolti nella realizzazione del modello operativo del progetto. 1-2 mese
- Acquisizione dei dati relativi alla attuale offerta assistenziale e relativa analisi dei bisogni. 3-6 mese
- Definizione di indicazioni per la realizzazione di protocolli d'intesa e degli atti programmatici per l'attivazione del progetto ed assegnazione budget. 2-5 mese
- Definizione ed attuazione dei percorsi clinico-assistenziali ed organizzativo-gestionali. 6-24 mese
- Formazione degli operatori e comunicazione attiva del progetto. 3-18 mese
- Informatizzazione delle attività e creazione banche dati. 3-18 mese
- Valutazione degli indicatori. 12-24 mese
- Analisi dei risultati con eventuali modifiche in progress. 12-24 mese
- Preparazione dei reports delle attività. 22-24 mese
- Diffusione e discussione dei risultati delle attività svolte. 21-24 mese

#### *Beneficiari*

Persone con diabete età compresa tra 20 e 70 anni senza patologie concomitanti gravi e famiglie

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

**individuazione precoce della patologia** attraverso la valutazione della popolazione a rischio di sviluppare la patologia diabetica

**riduzione dell'incidenza delle complicanze** (amputazioni, dialisi, cecità, riduzione rischio cardiovascolare) attraverso lo screening e la diagnosi precoce effettuate attraverso programmi assistenziali proattivi

**miglioramento degli indicatori clinici dei pz. in GI** : misurabili attraverso l'analisi dei dati riportati nelle CC. Con specifici sistemi di elaborazione.

**riduzione della mortalità per diabete** : tale obiettivo generale, non sarà immediatamente misurabile, ma la presa in carico del paziente nel percorso di cura, potrebbe già di fatto ridurre la mortalità dovuta ad episodi acuti (coma)

**miglioramento della qualità di vita** : la riduzione dell'incidenza di complicanze determina di fatto il miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete, ma soprattutto il **miglioramento della conoscenza (empowerment)**, realizzato attraverso programmi strutturati di educazione terapeutica

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Proporzione ASL che hanno attivato un programma di G.I.	ASL	3/5	5/5		5/5	
Proporzione ASL aderenti al registro Pz diabetici	ASL	0	5		5	
Proporzione CD che hanno aderito al programma di G.I. per ASL	ASL Na1	10/10	10/10			
	ASL Na2	19/19	19/19			
	ASL Na3	10/16	16/16			
	ASL CE	1/4	4/4			
	ASL SA	4/4	4/4			
	ASL BN	0	1/3		3/3	
	ASL AV	0	1			
Proporzione (numero) MMG aderenti alla G.I.	ASL Na1	42	Non val			
	ASL Na2	34				
	ASL Na3	41				
	ASL CE	21				
	ASL SA	23				
	ASL BN	0				
	ASL AV	0				
Proporzione di diabetici in G.I. per Asl, CD,MMG	CD	Non valutabile	Non val			
Proporzione di CD con sistemi di ICT per la gestione dei dati clinici	ASL Na1	10/10	10/10			
	ASL Na2	4/19	19/19			
	ASL Na3	3/16	16/16			
	ASL CE	2/4	4/4			
	ASL SA	4/4	4/4			
	ASL BN	0	3/3		3/3	
	ASL AV	0	1			
Proporzione (numero) di MMG con sistemi di ICT per la gestione dei dati clinici	ASL	Tutti i MMG reclutati sono informatizzati	Non val		Non val	
Proporzione (numero) di operatori, medici e non medici coinvolti in	ASL Na1	ASL Na1 82	Non val		Non val	
	ASL Na2	ASL NA2 49				

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

programmi di G.I. che hanno ricevuto una formazione specifica	ASL Na3 ASL Sa ASL CE ASL BN ASL AV	ASL Na3 48 ASL SA 50 ASL CE 26 ASL BN 40 ASL AV 0				
Proporzione incontri di ETS/CD/anno	CD	0	4/anno		12/anno	
Proporzione (numero)pazienti partecipanti a programmi di ETS/Pz. In G.I.	CD	0	10 pz		30 pz	

<b>Quadro logico di Progetto</b>					
<b>Finalità Progetto</b>	<b>Logica dell'intervento</b>	<b>Indicatori verificabili obiettivamente</b>	<b>Mezzi di verifica</b>	<b>Rischi ed assunzioni</b>	<b>Tempi</b>
<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale attraverso l'attuazione del disease management				
<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione precoce della malattia nella popolazione a rischio</li> <li>- Predisposizione protocolli</li> <li>- Definizione percorsi assistenziali</li> <li>- Valutazione rete assistenziale</li> <li>- Implementazione sistemi informativi</li> </ul>	<p>Aumento dei casi di diabete diagnosticato</p> <p>Proporzione Cd aderenti alla G.I.</p> <p>N.punti offerta /ASL</p> <p>Proporzione di CD con sistemi di ICT per la gestione dei dati clinici</p>	<p>Archivio informatico MMG Screening ogni 6 mesi</p> <p>Indagine ASL</p> <p>Indagine ASL</p> <p>Indagine ASL</p>	Inclusione degli obiettivi progettuali nella strategia assistenziale regionale	31-12-12
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miglioramento dell'appropriatezza diagnostico terapeutica</li> <li>- Riduzione dell'incidenza delle complicanze</li> <li>- Trattamento appropriato complicanze</li> <li>- riduzione della mobilità passiva</li> <li>- riduzione mortalità diabete</li> <li>-miglioramento competenze operatori</li> <li>- miglioramento qualità dei servizi</li> <li>- miglioramento della comunicazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutazione dell'adesione alle linee guida</li> <li>- n.casi CC/tot casi</li> <li>- attivazione percorsi assistenziali specifici</li> <li>- num. ricoveri fuori regione</li> <li>- decessi per diabete</li> <li>- Proporzione (numero) di operatori, coinvolti che hanno ricevuto una formazione specifica valutazioni pos/tot</li> <li>% realizzazione G.I</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cartelle cliniche informatizzate MMG/CD</li> <li>-Cartelle cliniche informatizzate MMG/CD</li> <li>- Indagine ASL</li> <li>- dati compensazione regionale</li> <li>- Dati sdo</li> <li>Registri mortalità</li> <li>- Elenchi Corsi ARSAN/ASL</li> <li>questionari pz</li> <li>interviste</li> </ul>	Presenza di inadeguata offerta assistenziale	31-12-12
<b>ATTIVITA'</b>  Azioni Centrali	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Attribuzione risorse per il coordinamento</li> <li>- Attribuzione obiettivi DG</li> <li>Attribuzione risorse ASL</li> </ul>	<p>Decreto</p> <p>Condivisione progetto dal management aziendale</p> <p>Decreto</p> <p>Atto formale di nomina</p>	<p>Nota di Accredito</p> <p>Decreto</p> <p>Attribuzione dalla Regione dei fondi vincolati</p>	<p>Scarsa valutazione del PRP</p> <p>Utilizzo dei fondi per altre finalità</p> <p>Mancato accordo</p> <p>Mancata adesione</p>	<p>Non ind</p> <p>1-1-11</p> <p>2-4-11</p>

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Azioni Locali	- Costituzione CTO	Verbali riunioni e atti formali	Num. Riunioni effettuate	Difficoltà di realizzazione	1-1-12
	- Condivisione modello operativo e stipula accordi con MMG/Spec.	Presenza di Poster c/o studi MMG e Distretti	Presenza		1-3-11
	- Campagna di comunicazione	Num. Operatori formati	Indagine Pazienti	Ritardo nei tempi	1-1-12
	- formazione operatori per EDT con pz.	Casi/anno	Attestati di formazione		1-2-11
	- Istituzione Registro pz diabetici	Costituzione CTO	Presenza del Registro	Non attuazione accordi	
	- Individuazione Nucleo coordinamento multidisciplinare	Attuazione fasi prog.	Atto formale	Presenza dei team	
	- Definizione Cronoprogramma ASL	N.Operatori coinvolti in G.I.		Disponibilità archivi informatizzati pz	
	- Adesione Operatori	Num CD reclutati	Atto formale	Risorse per S.I.	1-3-11
	- Individuazione CD/AFT	Num PZ. In G.I.	Elenco operatori	Risorse per personale	1-1-11
	- Reclutamento popolazione target con consenso informato	Presenza di indicatori clinici valutabili	Comunicazione CD	Mancata realizzazione rete informatizzata risorse	1-6-11
	- Condivisione percorsi diagnostico terapeutici	Presenza di percorso piede diabetico nel CD	Archivio Pz.		1-6-11
	- Organizzazione ed attuazione percorso piede diabetico	Raccolta dati e valutazione indicatori	Realizzazione rete informatizzata		1-1-12
	Implementazione sistema informativo	N.Incontri EDT/anno	Indagine ASL		1-6-11
	Attuazione incontri ETS		Realizzazione del Patient file		
			Indagine CD		

**Progetto 7: Prevenzione complicanze del diabete: percorso educativo assistenziale per la prevenzione del Piede Diabetico (Quadro d'Insieme n° 3.3.1.1)**

Sottoprogetto

Prevenzione complicanze del diabete attraverso il Disease Management

Percorso educativo assistenziale per la prevenzione del Piede Diabetico

Identificativo della Linea di Intervento Generale

3.3

### Premessa

Fra le complicanze del Diabete la più critica è il “Piede Diabetico”, per la frequenza di ricovero, per i costi sanitari e per il notevole impatto sulla qualità di vita soprattutto se determina amputazione. La più frequente manifestazione del Piede Diabetico è l'ulcera. Le ulcere colpiscono il 10-15% dei diabetici dopo più di 20 anni di malattia e sono particolarmente subdole perché decorrono a lungo senza sintomi a causa della neuropatia sensitiva; durante la fase acuta richiedono quasi sempre il ricovero, ma poi la guarigione è molto lenta, in genere dai 2 ai 6-8 mesi.

Il piede diabetico, una volta manifestatosi, non è suscettibile di guarigione completa; una sua caratteristica è il ripetersi di manifestazioni ulcerose la cui frequenza e gravità dipendono esclusivamente dall'igiene e dalla sorveglianza da parte del paziente o dei familiari, dall'uso di presidi di prevenzione domiciliare (scarpe o tutori di scarico, plantari), dalla opportunità di usufruire di cure podologiche frequenti e dalla prontezza nel riconoscimento e nell'intervento sulle lesioni iniziali (attraverso personale sanitario specificamente addestrato).

### Obiettivo generale

riduzione delle amputazioni, dei ricoveri e della disabilità conseguente a patologie del piede nei diabetici.

### Obiettivi specifici

- -Sensibilizzare i Medici di medicina generale ad operare una educazione continua alle corrette regole igieniche e preventive da parte dei pazienti; addestrarli ad un precoce riconoscimento delle lesioni già in atto ed un corretto affidamento terapeutico.
- -Sensibilizzare i Medici delle strutture diabetologiche di II livello ad operare una educazione continua alle corrette regole igieniche e preventive da parte dei pazienti ed una classificazione, almeno annuale, del grado di rischio ulcera dei loro pazienti al fine di indirizzare quelli a rischio medio ed alto ad un programma specifico di sorveglianza e cure podologiche (comprensivo di addestramento per paziente e familiari e prescrizione di presidi preventivi).
- -Formare un gruppo di Podologi e/o infermieri dedicati, sul trattamento delle condizioni e lesioni preulcerative, sull'educazione dei pazienti a rischio e dei loro familiari
- -Individuare un percorso di accompagnamento per livelli di compromissione crescenti attraverso strutture dedicate per il “piede diabetico” di II e III livello (intendendo per I livello l'ambulatorio del Medico di Medicina generale e gli ambulatori o Centri diabetologici privi di personale dedicato alla cura del piede).

### Risultati attesi

- Riduzione della frequenza di re-ulcerazione in pazienti a rischio altissimo
- Riduzione del numero di ricoveri specifici per tale patologia
- Riduzione del numero delle amputazioni sia maggiori che minori (da rapportare alla prevalenza della popolazione diabetica nel distretto)
- Compilazione di schede di valutazione rischio (sarà valutato il numero di schede in relazione alla popolazione diabetica del distretto)
- Verifica dell'avvio dei pazienti nelle varie strutture (sarà valutata la correttezza dell'invio al trattamento podologico o alla struttura di III livello)

### Piano di attività

- -Effettuare degli incontri Teorico/pratici di aggiornamento rivolti a Medici di Medicina generale e Specialisti del Team del Centro diabetologico (Diabetologi, Angiologi, Cardiologi, Neurologi) raggruppando medici degli stessi distretti (circa 30 per gruppo) su: a) messaggi educativi di base da



fornire a tutti i diabetici, b)esame obiettivo e strumentale per la valutazione del rischio di lesione, c)addestramento all'uso di schede informatizzate per la registrazione dei reperti riscontrati e l'attribuzione alle classi di rischio (presente in Eurotouch e da fornire ai MMG), d)illustrazione del percorso terapeutico da avviare con le strutture per il "piede diabetico" di II e III livello nel caso di pazienti con rischio medio e alto o con lesioni in atto.

- Effettuare degli incontri Teorico/pratici di aggiornamento rivolti a Infermieri dedicati ed a Podologi (da coinvolgere attraverso borsa di studio triennale a carico del progetto di prevenzione) sullo screening ed il trattamento podologico delle condizioni preulcerative nei soggetti a rischio che affluiranno alle strutture diabetologiche sede di struttura di II livello per il "piede diabetico"; tale personale frequenterà periodicamente, nel corso del triennio, la struttura di III livello di riferimento per l'aggiornamento e per seguire i pazienti inviati dalle strutture di II livello o da affidare a tali strutture dopo il ricovero.
- Effettuare degli incontri Teorico/pratici di aggiornamento rivolti a Specialisti del Team del Centro diabetologico (Diabetologi, Angiologi, Cardiologi, Neurologi) sede di struttura di II livello per il "Piede diabetico" ed al personale sanitario di cui al punto precedente su: a)educazione specifica dei pazienti, e loro familiari, con piedi a rischio medio o alto o con lesioni; b)la prescrizione di presidi preventivi o terapeutici (creme, calzature, plantari, ortesi d'avampiede); c)percorsi da indicare ai pazienti nel caso di lesioni che necessitano di intervento da parte di strutture di III livello; d)messa a punto di una tabella di follow-up e di trattamenti podologici personalizzata in base al rischio ed alle condizioni del paziente.

Tale programma prevede l'individuazione preventiva ed il coinvolgimento, da parte del gruppo regionale responsabile del progetto, delle strutture di II e III livello per la cura del piede ed i rispettivi distretti da coinvolgere, e dei Podologi/Infermieri dedicati da inviare alle suddette strutture, secondo una turnistica calibrata sulla prevalenza dei diabetici nel distretto; la preparazione di materiale informativo da distribuire ai pazienti, il monitoraggio degli indicatori già indicati nel progetto generale (più il registro regionale delle amputazioni già attivo in Campania dal 1996) per valutare l'efficacia dell'intervento. Alle ASL e distretti coinvolti si chiederà l'acquisto delle attrezzature minime e dei materiali di consumo per lo screening ed i trattamenti podologici presso le strutture di II livello.

## **2.4 Le malattie respiratorie croniche**

**Progetto 8: Prevenzione della diffusione dei fattori di rischio per patologia respiratoria cronica: un progetto sperimentale caratterizzato dalla misurazione mediante metodi analitici dell'esposizione al fumo di sigaretta (Quadro d'Insieme n° 3.4.1)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale

3.4

### Breve descrizione del progetto

#### *Razionale dell'intervento*

Le malattie respiratorie croniche costituiscono un gruppo di gravi condizioni che include l'asma con la rinite allergica, la broncopneumopatia cronica ostruttiva ed i disturbi respiratori associati al sonno come la sleep apnea syndrome.

Il loro peso sociosanitario e' anche in relazione all'ampia prevalenza nella popolazione generale con un elevato carico di costi relativi alla gestione terapeutica.

Infatti, l'elevata incidenza e prevalenza fanno delle patologie dell'apparato respiratorio una delle più frequenti cause di malattia, invalidità e morte in Italia ed in Europa.

Secondo le previsioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le "malattie del respiro" sono destinate ad aumentare nei prossimi venti anni, e si prevede che alcune di esse come la broncopneumopatia cronica ostruttiva [BPCO], risulteranno fra le prime cause di morte, morbilità e disabilità.

Il 29,5% dei decessi annuali per patologie respiratorie (Italia periodo 1989-1994) è attribuibile a forme evolventi verso l'invalidità funzionale per la presenza di patologia a componente ostruttiva o fibrosante dell'apparato respiratorio.

Rispetto al fumo, il più importante fattore di rischio respiratorio, si stima che il numero di fumatori di età superiore a 14 anni nel nostro paese sia vicino a 13 milioni.

Secondo lo studio europeo sull'asma e sulla BPCO (ECRHS, 1998), nella fascia di età studiata (20-44 anni), più di 7 milioni di persone, circa l'8,3% dei soggetti è affetto da bronchite cronica e più di 850.000 persone giovani sono portatrici di un cronicismo invalidante.

La bronchite cronica nei fumatori, tende a essere sintomatica nel 50% dei fumatori e il rischio di sviluppare la BPCO nei fumatori è pari al 20%.

Dopo la sospensione del fumo, l'incidenza di BC e il rischio di BPCO si riportano nel giro di 10 anni ai livelli osservati nei non fumatori.

Va inoltre rilevato che il controllo della qualità dell'aria oggi consente di impostare programmi di informazione-educazione e scelte organizzative (Piano traffico, ecc.) in grado di ridurre il rischio e l'esposizione.

Diventano anche possibili programmi sperimentali di verifica del rapporto inquinamento/incidenza acuta per alcune patologie dell'apparato respiratorio, con ricadute informative sulla prevalenza delle malattie croniche.

Lo screening della BPCO viene attualmente riservato ai soggetti sintomatici esposti a fumo attivo da un tempo congruo ma il rapporto costo-efficacia risulta alto.

Un intervento significativo sulla BPCO può essere ottenuto da una migliore caratterizzazione biologica della malattia in fase preclinica e da un'efficace programma di sorveglianza del rischio già in età giovanile.

La somministrazione di questionari con semplici domande sull'asma, i sintomi di bronchite cronica e la sonnolenza diurna sono stati applicati nella popolazione.

Tuttavia, in contesti specifici come nei grandi agglomerati urbani della regione, all'interno delle scuole, che possono aggregare campioni omogenei per distribuzione geografica, e rappresentativi della condizione socio-ambientale, tali programmi non sono attualmente implementati.

Un programma di promozione dell'informazione sui fattori di rischio per patologia respiratoria fumo correlati e non fumo correlati, insieme all'acquisizione di dati sullo stato di salute respiratoria della popolazione giovanile in età scolare, nella fascia di età 16-18 anni, può contribuire ad ottenere una fonte di conoscenza sul rischio respiratorio e a verificare anche a breve termine l'efficacia di interventi preventivi sui principali fattori di rischio come l'abitudine tabagica.

#### *Risultati attesi*

Incremento della diffusione di materiale informativo sui fattori di rischio (es. carte di rischio del Ministero della Salute) per bronchite cronica nelle scuole. Stima della prevalenza dei sintomi di asma, bronchite cronica e sonnolenza diurna nella popolazione scolastica in età 16-18 anni.

#### *Azioni principali:*

- Stipula di accordi con le strutture scolastiche
- Predisposizione di un depliant informativo e di una scheda rilevazione sintomi.
- Locandina sui fattori di rischio respiratorio fumo e non fumo correlati.
- Attività di formazione agli operatori scolastici.
- Verifiche dell'abitudine tabagica nelle ore scolastiche anche attraverso misure obiettive di esposizione con analizzatori portatili (misura di monossido di carbonio, misura di ossido nitrico, raccolta di campioni di aria condensata), prima e dopo l'intervento formativo
- Predisposizione e applicazione di specifico software per l'inserimento e l'analisi dei dati di attività

#### *Attori*

Operatori sanitari nel campo della clinica di malattie respiratorie; responsabili di strutture scolastiche e di strutture ricreative all'interno della scuola; associazioni genitori e consigli di quartiere .

#### *Portatori di interesse*

Popolazione generale, sistema sanitario regionale, responsabili strutture scolastiche

#### *Possibili criticità*

Numerosità delle strutture scolastiche, disponibilità dei responsabili di struttura

#### *Sistema di valutazione*

Analisi dei dati tramite specifico software appositamente realizzato.

#### *Cronoprogramma*

Start up entro il 01.02.2011. Dal 1.1.2011 produzione di scheda rilevazione e locandina con i depliant e inoltre carte di rischio. Verifiche sul campo nelle strutture ( 30% del target ) entro il 31.12.2012.

#### *Beneficiari*

##### *Target principale*

Popolazione giovanile in età 16-18 anni in attività scolare presso gli istituti di scuola media superiore della Città di Napoli.

##### *Target intermedio di beneficiari*

responsabili di strutture scolastiche, operatori scolastici

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

*Obiettivi generali:*

Sorveglianza e prevenzione del rischio respiratorio in età giovanile

*Obiettivi specifici:*

- Promozione dell'informazione sui rischi fumo e non fumo correlati
- Verifica dell'esposizione al rischio nelle abitudini di vita prima e dopo l'intervento

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Numero scuole superiori	Archivio elettronico del software di gestione dati regionale	Start-up	20% del target		30% del target	
Numero Scuole			10% del target		30% del target	

## 2.5 Le patologie orali

**Progetto 9: Progetto di prevenzione delle patologie odontoiatriche nelle donne in gravidanza: “un regalo per la vita tua e del tuo bambino” (Quadro d’Insieme 3.5.1)**

Identificativo della Linea di Intervento generale 3.6

3. Prevenzione della popolazione a rischio

3.5 Patologie orali

Razionale dell'intervento

Come è ormai universalmente accettato, tutti gli interventi rivolti alla salute del cavo orale e alla riduzione dei relativi fattori di rischio portano ad un miglioramento anche dello stato di salute generale della popolazione nel suo complesso.

Benchè le politiche della salute attuate nell'ambito dell'Unione Europea abbiano portato negli ultimi decenni ad un miglioramento dell'igiene orale e della salute complessiva del cavo orale dei cittadini, persistono tuttora difficoltà di accesso alle cure odontostomatologiche per diversi segmenti di popolazione.

Secondo il Rapporto 2009 dell'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane “*Il mancato ricorso alle cure odontoiatriche da parte dei cittadini può (...) essere imputabile ad una molteplicità di cause: tra queste troviamo la poca rilevanza verso le patologie che richiedono il ricorso a trattamenti sanitari specifici, la mancata percezione di tale necessità ed, infine, la difficoltà ad accedere ai servizi sanitari stessi. Questa, a sua volta, può essere dovuta non solo a motivi logistici (servizi sanitari non distribuiti capillarmente sul territorio), ma anche alla mancanza di risorse economiche adeguate che di*

*fatto ne impedisce l'accesso. La maggior utenza presso i dentisti privati è determinata da motivi correlati alle lunghe liste di attesa delle strutture pubbliche e, probabilmente, anche al desiderio che le terapie necessarie vengano erogate sempre dallo stesso professionista, cosa che il pubblico difficilmente è in grado di offrire."*

Il DPCM del 29 novembre 2001, con la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, ha stabilito che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire a tutta la popolazione e a titolo gratuito i servizi per il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche e per la diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale.

La stessa normativa prevede che ai segmenti svantaggiati della popolazione (ossia coloro che presentano situazioni di particolare vulnerabilità sanitaria) sia garantito, sempre a titolo non oneroso, l'accesso ad ulteriori trattamenti da definire con la normativa attuativa delle Regioni e delle Province Autonome.

Dalle Linee Guida nazionali 2009 del Ministero della Salute per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta, e dai progetti che ne sono conseguiti, è possibile, inoltre, concludere che interventi di odontoiatria preventiva sono fattibili, recepiti dalla popolazione, e comportano una spesa procapite assolutamente sostenibile dal servizio sanitario pubblico.

Sulla scorta dell'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta dall'ISTAT nell'anno 2005, la Regione Campania risulta ultima tra le regioni italiane, per incidenza di cure odontoiatriche, con il 26% delle persone dai tre anni in su che si rivolgono al dentista o all'ortodontista su una media nazionale di circa il 40% .

E' noto come in gravidanza la donna sia recettiva a tutti i consigli atti a raggiungere uno stato di salute ottimale anche dopo il parto e come lo sviluppo iniziale dell'embrione sia influenzato oltre che da fattori ereditari anche dallo stato generale di salute della donna.

Sappiamo inoltre che la prevenzione rappresenta una misura fondamentale in termini di efficacia e di favorevole rapporto costo-benefici, e che pertanto è importante incoraggiare programmi di prevenzione e cura delle patologie orali più diffuse in gravidanza quali parodontopatie, lesioni cariose, al fine di evitarne la progressione e le possibili ripercussioni a carico di altri organi ed apparati.

Una grande varietà di studi ha dimostrato come aborti spontanei, parti pretermine, rottura prematura della membrana amniotica, infezione del liquido amniotico, infezioni dell'endometrio postpartum e postcesareo possano essere causate da infezioni batteriche contratte durante la gravidanza. E' possibile quindi che processi infettivi, come la malattia parodontale possano contribuire ad una gravidanza pretermine e nascita di bambini con basso peso.

Esiste altresì una correlazione tra condizioni di igiene orale e salute orale nelle madri e lo sviluppo di carie nei figli. La carie, che è una malattia multifattoriale, è causata dall'azione sullo smalto dell'acido lattico prodotto da un batterio, lo streptococcus mutans normalmente presente nel cavo orale. Questo batterio si alimenta grazie alla presenza di zuccheri semplici. E' dimostrata la trasmissione e la colonizzazione dello streptococco mutans, responsabile della carie, dalla mamma al bambino nella primissima infanzia, fino a 26 mesi.

Ridurre la presenza di questo batterio nella bocca della mamma sin dalla gravidanza diminuisce quindi, la possibilità di carie nel bambino nelle età successive

Infatti nel cavo orale dei bambini, privi di denti, lo Streptococco mutans non è presente; solo dopo l'eruzione dei denti viene trasmesso attraverso la saliva dalle persone che si prendono cura del bambino, attraverso un contatto diretto come il bacio, l'uso di posate comuni per l'assaggio della pappa.

Infine, alcuni fattori di rischio per le malattie del cavo orale (dieta non adeguata, fumo, abitudini di vita scorrette) sono comuni ad altre malattie cronico-degenerative, per cui qualsiasi misura di prevenzione messa in atto va considerata come misura più ampia di promozione della salute globale dell'individuo.

È evidente, quindi, come nella regione Campania esista la necessità di adeguamento prioritario dei livelli di attenzione sanitaria verso la prevenzione e la cura delle patologie orali, attraverso iniziative volte a promuovere e facilitare l'accesso ai servizi e alle prestazioni rivolte a tale scopo, nonché alla rilevazione e al monitoraggio dei relativi dati.

#### Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguibili

##### *Obiettivo di salute:*

Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alle donne in gravidanza.

##### *Obiettivi Specifici:*

Riduzione della prevalenza delle patologie orali nelle donne in gravidanza della Regione Campania.

Riduzione degli eventuali eventi avversi in gravidanza (parti prematuri e nati di basso peso ).

#### Beneficiari

Azione Preventiva: Popolazione donne gravide residente in Regione Campania

Azione Terapeutica: Donne in gravidanza appartenenti a famiglie con classe di reddito ISEE <=8.000 euro residenti in Regione Campania

#### Descrizione del Progetto

Con il presente progetto si intendono avviare interventi finalizzati a facilitare l'accesso alla prevenzione e alla cura delle patologie orali per le donne in gravidanza della nostra regione. Allo stesso tempo si promuove l'attività conoscitiva delle condizioni di salute della popolazione interessata riguardo alle patologie orali nonché al fabbisogno inespresso di cura e informazione e, infine, favorisce l'avvio di un sistema di monitoraggio regionale sull'efficacia degli interventi posti in essere per il miglioramento delle condizioni della salute orale dei cittadini della regione.

Il progetto interessa tutto il territorio regionale attraverso l'azione dei Dipartimenti di Prevenzione - Servizi o Aree di Epidemiologia e Prevenzione presenti in tutte le Aziende Sanitarie Locali regionali quali soggetti attuatori del progetto. Esso avrà quali obiettivi l'attivazione di interventi di prevenzione e di cura odontoiatrica agevolata a favore delle donne campane in gravidanza.

L'attuazione del progetto prevede l'individuazione di obiettivi assegnati alle ASL in termini di target collegati agli indicatori identificati dal progetto. I target, al raggiungimento dei quali saranno collegati i trasferimenti di risorse, riguardano le attività e interventi previsti dal presente progetto rapportati ai parametri territoriali scelti in sede di elaborazione delle linee guida operative. Primo tra i parametri di riferimento è da considerarsi la consistenza della popolazione nella condizione interessata.

Sulla scorta delle esperienze relative all'attuazione del precedente Piano di Prevenzione Regionale 2005 e alle conseguenti lezioni apprese, il meccanismo di attuazione e i circuiti finanziari saranno facilitanti per l'avvio delle attività e collegati direttamente agli indici di realizzazione degli obiettivi. I costi degli interventi e delle attività saranno parametrati in base ai costi standard delle prestazioni sanitarie in corso di definizione a livello nazionale.

Le AA.SS.LL. sono deputate ad erogare le prestazioni previste dal presente progetto attraverso le proprie strutture pubbliche. E' possibile, in carenza di queste ultime, negoziare le prestazioni finalizzate al progetto anche con liberi – professionisti.

#### Risultati attesi

- Miglioramento delle conoscenze delle norme di base per una corretta igiene orale
- Implementazione di un sistema di sorveglianza della salute orale anche attraverso il coinvolgimento dei Medici delle Cure Primarie e specialisti
- verifica e miglioramento della capacità di attrazione ed utilizzo delle strutture odontoiatriche territoriali

#### Azioni principali (fasi e attività)

##### *Fase 1:*

- Formalizzazione di una “Cabina di Regia” a livello regionale
- Produzione di linee guida per la realizzazione delle attività per il trattamento delle patologie orali
- Costituzione Gruppo di lavoro Aziendale

##### *Fase 2*

1. acquisizione dei dati epidemiologici relativi alla prevalenza delle patologie orali;
2. acquisizione dei dati relativi al contenuto in fluoro delle acque condottate e minerali;
3. identificazione del target;
4. ricognizione e censimento delle strutture e risorse disponibili (attrezzature, materiali, risorse economiche, professionalità – ginecologi, medici delle Cure Primarie, odontoiatri, igienisti dentali, ecc.);
5. raccolta, elaborazione ed analisi dei dati e dei risultati;

##### *Fase 3*

1. formazione degli attori coinvolti;
2. realizzazione di una rete tra gli attori del progetto;
3. informazione ai cittadini fruitori delle prestazioni;
4. attuazione degli interventi preventivi e terapeutici;

##### *Fase 4*

1. monitoraggio e controllo;
2. valutazione finale;
3. pubblicazione di un report dei dati raccolti e conclusivo delle attività.

In riferimento al punto 4) della fase 3 relativo alle azioni preventive e terapeutiche sono previsti i seguenti interventi:

- promozione di stili di vita finalizzati alla riduzione delle carie e delle parodontopatie con particolare attenzione ad una corretta igiene orale, in integrazione con gli altri progetti di prevenzione con lo stesso target di popolazione);
- fluoro profilassi dopo acquisizione di dati sul consumo di acqua condottata o minerale;
- studi ad hoc finalizzati a stimare la prevalenza delle lesioni cariose e delle parodontopatie nelle donne in gravidanza;
- visite odontoiatriche ed eventuale ablazione del tartaro;
- terapie conservative delle lesioni cariose;

- miglioramento della qualità della vita attraverso la prevenzione delle complicanze odontoiatriche in gravidanza.

#### *Attori*

L' Assessorato alla Sanità - Area di Coordinamento dell' Assistenza Sanitaria- Osservatorio Epidemiologico della Regione Campania provvederà ad istituire una Cabina di Regia che coordinerà le attività delle diverse Aziende Sanitarie e coinvolgerà attivamente gli altri enti o istituzioni partecipanti.

La Cabina di Regia sarà costituita dai seguenti membri:

Referente O.E.R., Referente Sistema Informativo Sanitario Regionale, Referente A.R.San., Rappresentante degli Albi Professionali degli odontoiatri delle province campane, Referente Ufficio Scolastico Regionale, Rappresentante della Presidenza dell' ANCI Regionale ( Associazione Nazionale Comuni d' Italia ), Rappresentante della Presidenza dell' UPI Regionale ( Unione delle Province d' Italia), Rappresentanti di Movimenti o Associazioni di tutela dei diritti del cittadino, Rappresentanti Associazioni Odontoiatri e Igienisti dentali, Referenti delle U.O.C. e/o Cattedre di Chirurgia Orale e di Maxillo – Facciale delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie regionali, Referente del “Dipartimento degli Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali” Università “Parthenope”, Referente dei Servizi o Aree di Epidemiologia e Prevenzione, Referente Registro Tumori Regione Campania, Referente Centro Regionale di Documentazione per l' Educazione alla Salute.

I compiti della Cabina di Regia saranno:

- formazione dei referenti aziendali;
- attivazione di una rete funzionale al progetto;
- predisposizione di strumenti ad hoc finalizzati ad individuare procedure omogenee;
- verifica delle esperienze maturate dalle diverse AASSLL nell' ambito;
- condivisione dei dati disponibili con creazione di una banca dati ad hoc;
- supporto di tutte le fasi operative del progetto;

Le Direzioni Aziendali di ogni singola ASL sono tenute a costituire un gruppo di lavoro con il compito di garantire le azioni di programmazione/indirizzo, assistenza tecnica ai diversi contesti operativi nella preparazione/gestione degli interventi, nonché di valutazione delle azioni realizzate.

Tale gruppo di lavoro sarà costituito stabilmente dal referente organizzativo del progetto, dal Coordinatore Aziendale dei progetti di prevenzione, con il coinvolgimento graduale, in base alle specifiche azioni del progetto, di diverse strutture delle funzioni centrali dell' Azienda.

Per l' attuazione dell' intervento è prevista la partecipazione delle seguenti figure: epidemiologi/igienisti, medici delle cure primarie, ginecologi, odontoiatri, igienisti dentali.

Saranno coinvolte le strutture ambulatoriali odontoiatriche, gli ambulatori dei medici di cure primarie, gli ambulatori specialistici di ginecologia e ostetricia.

Portatori di interessi

Il presente progetto prevede, sia per l' attività progettuale che per le attività attuative e di monitoraggio e controllo, la partecipazione del privato sociale e delle associazioni rappresentative di categorie professionali e dei cittadini come: Enti Locali, Associazioni di Consumatori, Società Scientifiche, Associazioni Professionali, Ordini Professionali, Cittadinanza Attiva ed industrie del settore.

Possibili criticità

Il progetto presenta, ovviamente, molti aspetti di difficile previsione. La limitatezza dei dati epidemiologici disponibili a livello anche nazionale, la specificità della realtà regionale costituiscono di



per sé elementi di incertezza sul processo. In tal senso è possibile configurare il progetto come un'attività sperimentale per la Regione Campania. È possibile, tuttavia, individuare la disponibilità alla collaborazione tra le diverse professionalità coinvolte quale condizione necessaria per l'avvio del progetto. Disponibilità non significa assenza di conflittualità tra gli attori ma accettazione della logica del confronto finalizzato alla crescita della cultura della prevenzione delle malattie del cavo orale come uno degli elementi necessari alla crescita del benessere individuale e sociale.

Sono poi ipotizzabili criticità dal punto di vista attuativo ad esempio sulla continuità di alcune attività che richiedono interventi ripetuti nel tempo.

La criticità principale, resta comunque la difficoltà di accesso, da parte del cittadino economicamente svantaggiato, alle cure odontoiatriche.

#### Sistema di valutazione

Il sistema di valutazione prevede un organismo responsabile deputato alle attività di valutazione.

Nelle attività di valutazione saranno coinvolti :

- Decisori regionali e aziendali del settore sanitario e del settore scolastico
- Ordini ed Associazioni Professionali, Medici delle Cure Primarie
- Operatori aziendali dei Dipartimenti di Prevenzione e Cure primarie
- Operatori ospedalieri ed universitari
- Comuni e Province
- Associazioni che operano nel campo del volontariato (associazioni di genitori e famiglie, associazioni per la cittadinanza attiva)
- Mass media

La valutazione si svolgerà su:

	<b>Domande di valutazione</b>	<b>Indicatori valutazione</b>	<b>Fonte dei dati</b>	<b>Strumento di raccolta</b>	<b>Tempistica</b>
Ex post	I decisori delle Asl campane hanno assunto e assolto il loro mandato?	Proporzione delle direzioni Asl che raggiungeranno l'obiettivo specifico	Quantitativa	Relazioni annuali del gruppo di coordinamento sulle attività svolte	Annuale
processo	I gruppi di lavoro multidisciplinari regionali, aziendali e locali sono stati istituiti?	Istituzione dei gruppi	Quantitativa	Dichiarazione	Entro .....
processo	riescono a lavorare o ci sono stati ostacoli?	Incontri realizzati ed operatori formati	Qualitativa	Verbali e relazioni di servizio	Annuale
processo	La comunità è stata sufficientemente informata e coinvolta?	Azioni di comunicazione svolte	Quantitativa e qualitativa	numero e tipologia delle azioni di comunicazione svolte	Annuale
processo	Perché alcuni soggetti non aderiscono all'invito della Asl (Contrastare le disuguaglianze)	Grado di partecipazione	Qualitativo	Interviste approfondite su un campione della popolazione che non ha risposto all'invito	Durante il secondo semestre di ogni annualità
	L'obiettivo proposto è risultato sostenibile per gli operatori?	Proporzione di operatori che giudicano sostenibile l'obiettivo	Quantitativo	Questionario per operatori	Annuale
Processo/ ex	La comunità è soddisfatta	Grado di soddisfazione	Qualitativa	Interviste a	Annuale

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

post	della modalità in cui viene svolta l'attività proposta?			rappresentanti di associazioni	
processo	La gestione del programma ( risorse umane, strumentali, economiche...) come viene giudicata dagli operatori coinvolti?	Relazione di servizio	Qualitativa	Interviste agli operatori	Annuale
Ex Post	Il programma messo in atto ha coinvolto un numero di adulti abbastanza elevato?		Quantitativa		
Ex ante	Il piano appare sostenibile?	Relazioni	Qualitativa		
Ex ante	Le attività previste sono congrue rispetto agli obiettivi?				

Indicatori	Fonti di Verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Acquisizione dei materiali didattici - informativi	Presenza dei materiali	Assente	Presente			
Realizzazione di formazione per gli operatori delle strutture che aderiscono al progetto	Dati di Servizio	Assente	Presente			
		Assente	Presente			
N° di strutture ambulatoriali in cui viene attivato il programma di prevenzione delle patologie odontoiatriche/totale strutture esistenti;	Banca dati ASL	Assente	Presente			
N° accesso donne gravide inviate alle strutture ambulatoriali odontoiatriche dedicate	Banca dati ASL	Assente	Presente			

*Cronoprogramma*

Attività	2011												2012											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Fase 1																								
Fase 2																								
Fase 3 - informazione ai cittadini																								
Fase 3 punto 4) - attuazione																								

degli interventi																				
Valutazione condivisa																				

**Progetto 10: Progetto di prevenzione delle patologie odontoiatriche in età evolutiva (Quadro d'Insieme n° 3.5.2)**

**Identificativo della Linea di Intervento generale**

3. Prevenzione della popolazione a rischio

3.5 Patologie orali

**Breve descrizione dell'intervento**

**Razionale dell'intervento**

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la salute del cavo orale è parte integrante dello stato di salute generale e determina miglioramento della qualità della vita degli individui.

Prioritari, pertanto, sono gli interventi di prevenzione volti alla salute del cavo orale e alla riduzione dei relativi fattori di rischio. Tuttavia, nonostante l'attenzione alle politiche della salute attuate nell'ambito dell'Unione Europea e i miglioramenti negli ultimi decenni in tema di prevenzione e di igiene orale per i cittadini europei, persistono tuttora difficoltà di accesso alle cure odontostomatologiche per diversi segmenti di popolazione.

Secondo il Rapporto 2009 dell'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane “Il mancato ricorso alle cure odontoiatriche da parte dei cittadini può (...) essere imputabile ad una molteplicità di cause: tra queste troviamo la poca rilevanza verso le patologie che richiedono il ricorso a trattamenti sanitari specifici, la mancata percezione di tale necessità ed, infine, la difficoltà ad accedere ai servizi sanitari stessi. Questa, a sua volta, può essere dovuta non solo a motivi logistici (servizi sanitari non distribuiti capillarmente sul territorio), ma anche alla mancanza di risorse economiche adeguate che di fatto ne impedisce l'accesso. La maggior utenza presso i dentisti privati è determinata da motivi correlati alle lunghe liste di attesa delle strutture pubbliche e, probabilmente, anche al desiderio che le terapie necessarie vengano erogate sempre dallo stesso professionista, cosa che il pubblico difficilmente è in grado di offrire.”

A livello nazionale la normativa in materia trova applicazione nel 2001 (DPCM del 29 novembre 2001) con la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza con i quali è stato, tra l'altro, stabilito che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire a tutta la popolazione e a titolo gratuito i servizi per il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche e per la diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale.

La stessa normativa prevede che alla popolazione in età evolutiva (0-14 anni) ed ai segmenti svantaggiati della popolazione (ossia coloro che presentano situazioni di particolare vulnerabilità sanitaria o sociale) sia garantito, sempre a titolo non oneroso, l'accesso ad ulteriori trattamenti da definire con la normativa attuativa delle Regioni e delle Province Autonome.

Dalle Linee Guida nazionali 2009 per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva del Ministero della Salute, e dai progetti che ne sono conseguiti, è possibile concludere che interventi di odontoiatria preventiva e di comunità sono fattibili e comportano una spesa procapite sostenibile dal servizio sanitario pubblico.

Il rapporto Osservasalute 2009 evidenzia che, nonostante il crescente interesse da parte delle istituzioni manifestatosi negli ultimi anni, permane la carenza di un sistema di monitoraggio relativo ai dati sull'incidenza delle patologie orali e sulla rilevazione del bisogno inespresso di cure odontoiatriche.

Sulla scorta dell'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta dall'ISTAT nell'anno 2005, la Regione Campania risulta ultima tra le regioni italiane, per il ricorso a cure odontoiatriche, con il 26% delle persone dai tre anni in su che si rivolgono al dentista o all'ortodontista su una media nazionale di circa il 40% (fig. 1).

È evidente, quindi, come nella Regione Campania esista la necessità di adeguamento prioritario dei livelli di attenzione sanitaria verso la prevenzione e la cura delle patologie orali, attraverso iniziative volte a promuovere e facilitare l'accesso ai servizi e alle prestazioni rivolte a tale scopo, nonché alla rilevazione e al monitoraggio dei relativi dati.

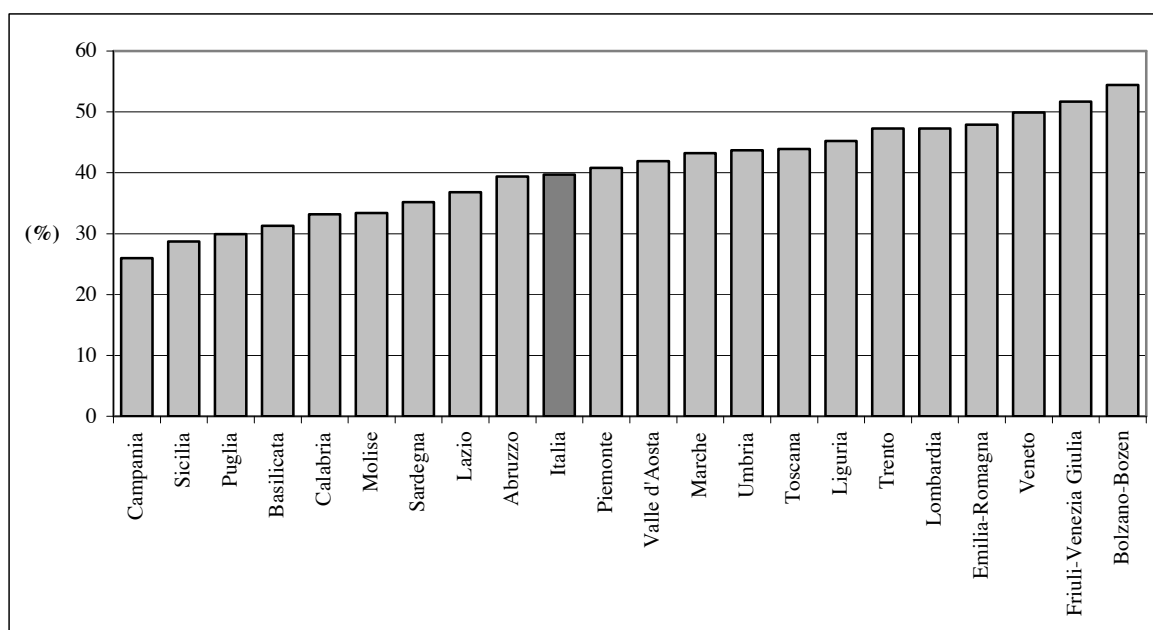


Fig. 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre che ha fatto ricorso negli ultimi dodici mesi ad un dentista o ortodontista per regione - Anno 2005 - Fonte: Rapporto Osservasalute 2009 su dati Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2005.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguibili

*Obiettivo generale:*

Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva.

*Obiettivo Specifico:*

Riduzione della prevalenza delle patologie orali nella popolazione 7-14 anni della Regione Campania.

### *Beneficiari*

Azione Preventiva: Popolazione 0 - 14 residenti in Regione Campania

Azione Terapeutica: Popolazione 7 - 14 anni appartenenti a famiglie con classe di reddito ISEE <=8.000 euro residenti in Regione Campania

### *Descrizione del Progetto*

Con il presente progetto si intendono avviare interventi finalizzati alla prevenzione e alla facilitazione all'accesso alla cura delle patologie orali e dei traumi orali per la popolazione regionale in età evolutiva appartenenti a famiglie in condizioni di basso reddito e/o con patologie oncologiche candidati al trattamento chemioterapico e/o radioterapico. Allo stesso tempo si promuove l'attività conoscitiva delle condizioni di salute della popolazione interessata riguardo alle patologie orali nonché al fabbisogno inespresso di cura e informazione e, infine, si implementa un sistema di monitoraggio regionale sull'efficacia degli interventi posti in essere per il miglioramento delle condizioni della salute orale dei cittadini della regione.

Il progetto interessa tutto il territorio regionale attraverso l'azione dei Dipartimenti di Prevenzione - Servizi o Aree di Epidemiologia e Prevenzione presenti in tutte le Aziende Sanitarie Locali regionali quali soggetti attuatori del progetto. Esso avrà quali obiettivi l'attivazione di interventi di prevenzione e di cura odontoiatrica agevolata a favore di cittadini campani in età evolutiva (0-14 anni), appartenenti a famiglie con ISEE inferiore a 8.000 euro, non solo in ambito scolastico; tale scelta è finalizzata ad offrire una equa prestazione, considerando che la sola appartenenza scolastica escluderebbe un numero consistente di soggetti in età evolutiva visto il notevole tasso di evasione scolastica in Campania.

La ripartizione dei fondi assegnati alle AA.SS.LL. per l'attuazione del presente progetto avverrà secondo i seguenti criteri:

- numerosità della popolazione target
- proporzionalmente al raggiungimento degli obiettivi sulla base degli indicatori individuati nel progetto

Sulla scorta delle esperienze relative all'attuazione del precedente Piano di Prevenzione Regionale 2005-2007 si rileva che il meccanismo di attuazione e la disponibilità di risorse finanziarie favoriscono l'avvio delle attività, ma comunque devono essere rapportati agli indici di realizzazione degli obiettivi. I costi degli interventi e delle attività saranno parametrati in base ai costi standard delle prestazioni sanitarie in corso di definizione a livello nazionale.

Le AA.SS.LL. sono deputate ad erogare le prestazioni previste dal presente progetto attraverso le proprie strutture pubbliche. E' possibile, in carenza di queste ultime, stipulare convenzioni ASL - Associazioni di categoria e liberi professionisti con il coinvolgimento dell'Albo degli Odontoiatri per le prestazioni finalizzate al progetto.

### *Risultati attesi*

- Miglioramento delle conoscenze delle norme di base per una corretta igiene orale
- Implementazione di un sistema di sorveglianza della salute orale anche attraverso il coinvolgimento dei Medici delle Cure Primarie e degli specialisti ambulatoriali
- Verifica e miglioramento della capacità di attrazione ed utilizzo delle strutture odontoiatriche territoriali

*Azioni principali (fasi e attività)*

*Fase 1:*

- Formalizzazione di una “Cabina di Regia” a livello regionale
- Produzione di linee guida per la realizzazione delle attività per il trattamento delle patologie orali
- Costituzione Gruppo di lavoro Aziendale

*Fase 2*

- acquisizione dei dati epidemiologici relativi alla prevalenza delle patologie orali;
- acquisizione dei dati relativi al contenuto in fluoro delle acque condottate e minerali;
- identificazione del target;
- ricognizione e censimento delle strutture e risorse disponibili (attrezzature, materiali, risorse economiche, professionalità – oncologi, medici delle Cure Primarie, odontoiatri, igienisti dentali, logopedisti, foniatrici, posturologi, ecc.);
- Stipule convenzioni con Associazioni e Liberi Professionisti
- raccolta, elaborazione ed analisi dei dati e dei risultati;

*Fase 3*

- formazione degli attori coinvolti;
- realizzazione di una rete tra gli attori del progetto;
- informazione ai cittadini fruitori delle prestazioni e alle loro famiglie;
- attuazione degli interventi preventivi così previsti:
  - 0-5 anni nei corsi di preparazione al parto e nei punti nascita, nei centri vaccinali e consultori pediatrici con il coinvolgimento degli operatori sanitari e dei pediatri che effettuano i bilanci di salute e i pediatri che operano negli asili nido e Scuole dell’Infanzia
  - 6 – 10 anni nella Scuola Primaria, con il coinvolgimento degli insegnanti e Medici di cure primarie, specialisti, e igienisti dentali
  - 11-14 anni: Scuola Secondaria di primo grado con il coinvolgimento degli insegnanti e Medici di cure primarie, specialisti e igienisti dentali
- Informazione ai genitori dell’attivazione di ambulatori dedicati per gli interventi terapeutici;

*Fase 4*

- monitoraggio e controllo;
- valutazione finale.
- pubblicazione di un report dei dati raccolti e conclusivo delle attività

In riferimento al punto dell’attuazione degli interventi della Fase 3 sono previsti i seguenti interventi:

- promozione di stili di vita finalizzati alla riduzione delle carie con particolare attenzione ad una corretta igiene orale, in integrazione con gli altri progetti di prevenzione con lo stesso target di popolazione;
- campagna di informazione sulla prevenzione dei traumi dentali;
- fluoro profilassi dopo acquisizione di dati sul consumo di acqua condottata o minerale;
- studi ad hoc finalizzati a stimare la prevalenza delle malocclusioni dentali con IOTN (indice di necessità di trattamento ortodontico) di grado 4 o 5 nella fascia d’età 7 - 14 anni;
- studi ad hoc finalizzati a stimare la prevalenza delle lesioni cariose nella fascia d’età 7- 14 anni ;
- rilevamento e correzione delle abitudini viziate (deglutizione atipica, alterazioni della postura);
- sigillatura dei solchi dei molari e premolari permanenti nella fascia d’età dal 7° al 10° anno;
- miglioramento della qualità della vita attraverso la prevenzione delle complicanze odontoiatriche in bambini ed adolescenti con patologie oncologiche in chemioterapia e/o radioterapia.

### *Attori*

L' Assessorato alla Sanità - Area di Coordinamento dell' Assistenza Sanitaria- Osservatorio Epidemiologico della Regione Campania provvederà ad istituire una Cabina di Regia che coordinerà le attività delle diverse Aziende Sanitarie e coinvolgerà attivamente gli altri enti o istituzioni partecipanti.

La Cabina di Regia sarà costituita dai seguenti membri:

Referente O.E.R., Referente Sistema Informativo Sanitario Regionale, Referente A.R.San., Rappresentante degli Albi Professionali degli Odontoiatri delle province campane, Referente Ufficio Scolastico Regionale, Rappresentante della Presidenza dell' ANCI Regionale ( Associazione Nazionale Comuni d' Italia ), Rappresentante della Presidenza dell' UPI Regionale ( Unione delle Province d' Italia), Rappresentanti di Movimenti o Associazioni di tutela dei diritti del cittadino, Rappresentanti Associazioni Odontoiatri e Igienisti dentali, Referenti delle U.O.C. e/o Cattedre di Chirurgia Orale e di Maxillo – Facciale delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie regionali, Referente del “Dipartimento degli Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali” Università “Parthenope”, Referente dei Servizi o Aree di Epidemiologia e Prevenzione, Referente Registro Tumori Regione Campania, Referente Centro Regionale di Documentazione per l' Educazione alla Salute.

I compiti della Cabina di Regia saranno:

- - formazione dei referenti aziendali;
- attivazione di una rete funzionale al progetto;
- predisposizione di strumenti ad hoc finalizzati ad individuare procedure omogenee;
- verifica delle esperienze maturate dalle diverse AASSLL nell' ambito;
- condivisione dei dati disponibili con creazione di una banca dati ad hoc;
- - supporto di tutte le fasi operative del progetto;

Le Direzioni Aziendali di ogni singola ASL sono tenute a costituire un gruppo di lavoro con il compito di garantire le azioni di programmazione/indirizzo, assistenza tecnica ai diversi contesti operativi nella preparazione/gestione degli interventi, nonché di valutazione delle azioni realizzate.

Tale gruppo di lavoro sarà costituito stabilmente dal referente organizzativo del progetto, dal Coordinatore Aziendale dei progetti di prevenzione, con il coinvolgimento graduale, in base alle specifiche azioni del progetto, di diverse strutture delle funzioni centrali dell' Azienda.

Per l' attuazione dell' intervento è prevista la partecipazione delle seguenti figure: epidemiologi/igienisti, medici delle cure primarie, dirigenti e docenti scolastici, odontoiatri, foniatri, posturologi, logopedisti, igienisti dentali, oncologi.

Saranno coinvolte le strutture ambulatoriali odontoiatriche, gli istituti scolastici, gli ambulatori dei medici delle cure primarie, gli ambulatori specialistici di ortopedia e fisioterapia.

Portatori di interessi

Il presente progetto prevede, sia per l' attività progettuale che per le attività attuative e di monitoraggio e controllo, la partecipazione del privato sociale e delle associazioni rappresentative di categorie professionali e dei cittadini come: Enti Locali, Uffici Scolastici, Associazioni di Consumatori, Società Scientifiche, Associazioni Professionali, Ordini Professionali, Cittadinanza Attiva ed industrie del settore.

Possibili criticità

Il progetto presenta, ovviamente, molti aspetti di difficile previsione. La limitatezza dei dati epidemiologici disponibili a livello anche nazionale, la specificità della realtà regionale costituiscono di



per sé elementi di incertezza sul processo. In tal senso è possibile configurare il progetto come un'attività sperimentale per la Regione Campania. È possibile, tuttavia, individuare la disponibilità alla collaborazione tra le diverse professionalità coinvolte quale condizione necessaria per l'avvio del progetto. Disponibilità non significa assenza di conflittualità tra gli attori ma accettazione della logica del confronto finalizzato alla crescita della cultura della prevenzione delle malattie del cavo orale come uno degli elementi necessari alla crescita del benessere individuale e sociale.

Sono poi ipotizzabili criticità dal punto di vista attuativo ad esempio sulla continuità di alcune attività (per es. sigillatura) che richiedono interventi ripetuti nel tempo.

La criticità principale, resta comunque la difficoltà di accesso, da parte del cittadino economicamente svantaggiato, alle cure odontoiatriche.

#### Sistema di valutazione

Il sistema di valutazione prevede un organismo responsabile deputato alle attività di valutazione

Nelle attività di valutazione saranno coinvolti :

- Decisori regionali e aziendali del settore sanitario e del settore scolastico
- Ordini ed Associazioni Professionali, Medici delle Cure Primarie
- Operatori aziendali dei Dipartimenti di Prevenzione e Cure primarie
- Operatori ospedalieri ed universitari
- Comuni e Province
- Associazioni che operano nel campo del volontariato (associazioni di genitori e famiglie, associazioni per la cittadinanza attiva)
- Mass media

La valutazione si svolgerà su:

	<b>Domande di valutazione</b>	<b>Indicatori valutazione</b>	<b>Fonte dei dati</b>	<b>Strumento di raccolta</b>	<b>Tempistica</b>
Ex post	I decisori delle Asl campane hanno assunto e assolto il loro mandato?	Proporzione delle direzioni Asl che raggiungeranno l'obiettivo specifico	Quantitativa	Relazioni annuali del gruppo di coordinamento sulle attività svolte	Annuale
Processo	I gruppi di lavoro multidisciplinari regionali, aziendali e locali sono stati istituiti?	Istituzione dei gruppi	Quantitativa	Dichiarazione	Entro .....
Processo	riescono a lavorare o ci sono stati ostacoli?	Incontri realizzati ed operatori formati	Qualitativa	Verbali e relazioni di servizio	Annuale
Processo	La comunità è stata sufficientemente informata e coinvolta?	Azioni di comunicazione svolte	Quantitativa e qualitativa	numero e tipologia delle azioni di comunicazione svolte	Annuale
Processo	Perché alcuni soggetti non aderiscono all'invito della Asl (Contrastare le	Grado di partecipazione	Qualitativo	Interviste approfondite su un campione della popolazione che non ha risposto all'invito	Durante il secondo semestre di ogni annualità

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

	disuguaglianze)				
	L'obiettivo proposto è risultato sostenibile per gli operatori?	Proporzione di operatori che giudicano sostenibile l'obiettivo	Quantitativo	Questionario per operatori	Annuale
Processo/ Ex post	La comunità è soddisfatta della modalità in cui viene svolta l'attività proposta?	Grado di soddisfazione	Qualitativa	Interviste a rappresentanti di associazioni	Annuale
Processo	La gestione del programma ( risorse umane, strumentali, economiche...) come viene giudicata dagli operatori coinvolti?	Relazione di servizio	Qualitativa	Interviste agli operatori	Annuale
Ex post	Il programma messo in atto ha coinvolto un numero di bambini abbastanza elevato?	.....	Quantitativa	.....	.....
Ex ante	Il piano appare sostenibile?	Relazioni	Qualitativa	.....	.....
Ex ante	Le attività previste sono congrue rispetto agli obiettivi?	.....	.....	.....	.....

Indicatori	Fonti di Verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Acquisizione dei materiali didattici - informativi	Presenza dei materiali	Assente	Presente			
Realizzazione di formazione per gli insegnanti che aderiscono al progetto	Dati di Servizio	Assente	Presente			
N° di strutture ambulatoriali in cui viene attivato il	Banca dati ASL	Assente	Presente			

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

programma di prevenzione delle patologie odontoiatriche/totale strutture esistenti;	Dati servizio	Assente				
N° scuole materne che partecipano all'intervento sul totale delle scuole della Regione	Dati servizio	Assente				
N° scuole primarie che partecipano all'intervento sul totale delle scuole della Regione	Dati servizio	Assente				
N° scuole secondarie di primo grado che partecipano all'intervento sul totale delle scuole della Regione	Banca dati ASL					
N° accesso bambini presso strutture ambulatoriali						

*Cronoprogramma*

Attività	2011												2012											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Fase 1	x	x	x	x	x	x																		
Fase 2	x	x	x	x	x	x																		
Fase 3 - informazione ai cittadini	x	x	x	x	x	x	x	x	x															
Fase 4 punto 4) e 5) attuazione degli interventi										x	x	x	x	x	x	x	x	x						
Valutazione condivisa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

**Progetto 11: Progetto di prevenzione delle patologie odontoiatriche in età adulta ed anziana (Quadro d'Insieme 3.5.3)**

Identificativo della Linea di Intervento generale

3. Prevenzione della popolazione a rischio

3.5 Patologie orali

Razionale dell'intervento

Come è ormai universalmente accettato, tutti gli interventi rivolti alla salute del cavo orale e alla riduzione dei relativi fattori di rischio portano ad un miglioramento anche dello stato di salute generale della popolazione nel suo complesso.

Benchè le politiche della salute attuate nell'ambito dell'Unione Europea abbiano portato negli ultimi decenni ad un miglioramento dell'igiene orale e della salute complessiva del cavo orale dei cittadini, persistono tuttora difficoltà di accesso alle cure odontostomatologiche per diversi segmenti di popolazione.

Secondo il Rapporto 2009 dell'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane "Il mancato ricorso alle cure odontoiatriche può (...) essere imputabile ad una molteplicità di cause: tra queste troviamo l'assenza di patologie che richiedono il ricorso a trattamenti sanitari specifici, la mancata percezione di tale necessità ed, infine, la difficoltà ad accedere ai servizi sanitari stessi. Questa, a sua volta, può essere dovuta non solo a motivi logistici (servizi sanitari non distribuiti capillarmente sul territorio), ma anche alla mancanza di risorse economiche adeguate che di fatto ne impedisce l'accesso. La maggior utenza presso i dentisti privati è determinata da motivi correlati alle lunghe liste di attesa che il pubblico presenta e probabilmente anche al desiderio che le terapie necessarie vengano erogate sempre dallo stesso professionista, cosa che il pubblico difficilmente è in grado di offrire."

Il DPCM del 29 novembre 2001, con la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, ha stabilito che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire a tutta la popolazione e a titolo gratuito i servizi per il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche e per la diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale.

La stessa normativa prevede che ai segmenti svantaggiati della popolazione (ossia coloro che presentano situazioni di particolare vulnerabilità sanitaria) sia garantito, sempre a titolo non oneroso, l'accesso ad ulteriori trattamenti da definire con la normativa attuativa delle Regioni e delle Province Autonome.

Dalle Linee Guida nazionali 2009 del Ministero della Salute per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta, e dai progetti che ne sono conseguiti, è possibile, inoltre, concludere che interventi di odontoiatria preventiva sono fattibili, recepiti dalla popolazione, e comportano una spesa procapite assolutamente sostenibile dal servizio sanitario pubblico.

Il rapporto evidenzia che, nonostante il crescente interesse da parte delle istituzioni manifestatosi negli ultimi anni, permane la carenza sia di un sistema di monitoraggio che dei dati relativi all'incidenza delle patologie orali e alla rilevazione del bisogno inespresso di cure odontoiatriche.

Sulla scorta dell'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta dall'ISTAT nell'anno 2005, la regione Campania risulta ultima tra le regioni italiane, per incidenza di cure odontoiatriche, con il 26% delle persone dai tre anni in su che si rivolgono al dentista o all'ortodontista su una media nazionale di circa il 40% (fig. 1).

È evidente, quindi, come nella regione Campania esista la necessità di adeguamento prioritario dei livelli di attenzione sanitaria verso la prevenzione e la cura delle patologie orali, attraverso iniziative volte a promuovere e facilitare l'accesso ai servizi e alle prestazioni rivolte a tale scopo, nonché alla rilevazione e al monitoraggio dei relativi dati.

Un'indagine campionaria condotta dall'ISTAT nel 2007, basata sulla compilazione di un questionario, ha evidenziato tra l'altro che in Italia il 9,7% della popolazione di 16 anni ed oltre ha dichiarato che almeno una volta nei dodici mesi precedenti l'intervista non ha potuto effettuare una visita specialistica connessa alla salute del cavo orale pur presentandone la necessità; in Campania questa percentuale è maggiore, attestandosi al 10,5%; per dare il giusto valore a questo dato, va considerato che, in una situazione ideale, nessun membro della popolazione dovrebbe essere portatore di bisogni sanitari non soddisfatti e ne deriva che il valore dovrebbe essere pari allo 0%.

Nell'età adulta assumono particolare rilievo l'edentulia, sia totale che parziale, e le lesioni cancerose del cavo orale; l'osteonecrosi del mascellare (ONM) è una patologia emergente ed ancora in fase di approfondimento causata dall'uso di bifosfonati e dalla terapia radiante nei pazienti oncologici ed i dati della letteratura scientifica internazionale ne indicano un incremento nell'ultimo decennio.

La prevenzione rappresenta una misura fondamentale in termini di efficacia e di favorevole rapporto costo-benefici; pertanto è importante incoraggiare programmi di prevenzione e cura di queste patologie migliorando le pratiche per una corretta igiene orale, individuando precocemente le lesioni precancerose del cavo orale e provvedendo ad inviare precocemente allo specialista quei pazienti oncologici a rischio di sviluppare l'ONM.

Infine, alcuni fattori di rischio per le malattie del cavo orale (dieta non adeguata, fumo, abitudini di vita scorrette) sono comuni ad altre malattie cronico-degenerative, per cui qualsiasi misura di prevenzione messa in atto va considerata come misura più ampia di promozione della salute globale dell'individuo.

#### *Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguibili*

##### *Obiettivo generale:*

Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva.

##### *Obiettivo Specifico:*

Riduzione della prevalenza delle patologie orali nella popolazione 7-14 anni della Regione Campania.

#### Beneficiari

Azione Preventiva: Popolazione adulta residenti in Regione Campania

Azione terapeutica: Popolazione adulta ed anziana con classe di reddito ISEE <=8.000 residenti in Regione Campania

#### *Descrizione del Progetto*

Con il presente progetto si intendono avviare interventi finalizzati a facilitare l'accesso alla prevenzione e alla cura delle patologie orali per i soggetti adulti e anziani della nostra regione. Allo stesso tempo si promuove l'attività conoscitiva delle condizioni di salute della popolazione interessata riguardo alle patologie orali nonché al fabbisogno inespresso di cura e informazione e, infine, favorisce l'avvio di un sistema di monitoraggio regionale sull'efficacia dei servizi e degli interventi posti in essere per il miglioramento delle condizioni della salute orale dei nostri cittadini.

Il progetto interessa tutto il territorio regionale attraverso l'azione dei Servizi o Aree di Epidemiologia e Prevenzione presenti in tutte le Aziende Sanitarie Locali regionali quali soggetti attuatori del progetto. Esso avrà quali obiettivi l'attivazione di interventi di prevenzione e di cura odontoiatrica agevolata a favore della popolazione adulta e anziana.

La ripartizione dei fondi assegnati alle AA.SS.LL. per l'attuazione del presente progetto avverrà secondo i seguenti criteri:

- numerosità della popolazione target
- proporzionalmente al raggiungimento degli obiettivi sulla base degli indicatori individuati nel progetto

Sulla scorta delle esperienze relative all'attuazione del precedente Piano di Prevenzione Regionale 2005 e alle conseguenti lezioni apprese, il meccanismo di attuazione e i circuiti finanziari saranno facilitanti per l'avvio delle attività e collegati direttamente agli indici di realizzazione degli obiettivi. I costi degli interventi e delle attività saranno parametrati in base ai costi standard delle prestazioni sanitarie in corso di definizione a livello nazionale.

Le AA.SS.LL. sono deputate ad erogare le prestazioni previste dal presente progetto attraverso le proprie strutture pubbliche. E' possibile, in carenza di queste ultime, negoziare le prestazioni finalizzate al progetto anche con liberi – professionisti.

#### *Risultati attesi*

- Miglioramento delle conoscenze delle norme di base per una corretta igiene orale
- Implementazione di un sistema di sorveglianza della salute orale anche attraverso il coinvolgimento dei Medici delle Cure Primarie e specialisti ambulatoriali
- verifica e miglioramento della capacità di attrazione ed utilizzo delle strutture odontoiatriche territoriali

#### *Azioni principali (fasi e attività)*

##### *Fase 1:*

- Formalizzazione di una "Cabina di Regia" a livello regionale
- Produzione di linee guida per la realizzazione delle attività per il trattamento delle patologie orali
- Costituzione Gruppo di lavoro Aziendale

##### *Fase 2*

- acquisizione dei dati epidemiologici relativi alla prevalenza delle patologie orali;
- acquisizione dei dati relativi al contenuto in fluoro delle acque condottate e minerali;
- identificazione del target;
- ricognizione e censimento delle strutture e risorse disponibili (attrezzature, materiali, risorse economiche, professionalità – oncologi, geriatri, medici delle Cure Primarie, odontoiatri, igienisti dentali, odontotecnici, ecc.);
- raccolta, elaborazione ed analisi dei dati e dei risultati;

##### *Fase 3*

- formazione degli attori coinvolti;
- realizzazione di una rete tra gli attori del progetto;
- informazione ai cittadini fruitori delle prestazioni;
- attuazione degli interventi preventivi e terapeutici;

#### *Fase 4*

- monitoraggio e controllo;
- valutazione finale.
- pubblicazione di un report dei dati raccolti e conclusivo delle attività

In riferimento al punto dell'attuazione degli interventi preventivi e terapeutici della Fase 3 sono previsti i seguenti interventi:

- promozione di stili di vita finalizzati alla riduzione delle carie e delle parodontopatie con particolare attenzione ad una corretta igiene orale;
- fluoro profilassi dopo acquisizione di dati sul consumo di acqua condottata o minerale;
- studi ad hoc finalizzati a stimare la prevalenza delle patologie orali nella fascia d'età adulta;
- prevenzione e cura delle edentulia e delle sue complicanze in soggetti di età adulta mediante l'interazione sinergica di tutte le professionalità deputate al mantenimento della salute in generale ed in particolare della salute orale, anche attraverso l'offerta a prezzi agevolati di protesi mobili.
- riduzione della incidenza e gravità delle affezioni cancerose del cavo orale, attraverso l'offerta di visite specialistiche programmate atte all'individuazione delle lesioni precancerose;
- prevenzione dell'osteonecrosi del mascellare come complicanza della terapia con bifosfonati o della terapia radiante nei pazienti oncologici attraverso l'interazione sinergica delle professionalità coinvolte nell'iter diagnostico-terapeutico
- visite odontoiatriche ed eventuale ablazione del tartaro
- terapie conservative delle lesioni cariose

#### *Attori*

L' Assessorato alla Sanità - Area di Coordinamento dell' Assistenza Sanitaria- Osservatorio Epidemiologico della Regione Campania provvederà ad istituire una Cabina di Regia che coordinerà le attività delle diverse Aziende Sanitarie e coinvolgerà attivamente gli altri enti o istituzioni partecipanti.

La Cabina di Regia sarà costituita dai seguenti membri:

Referente O.E.R., Referente Sistema Informativo Sanitario Regionale, Referente A.R.San., Rappresentante degli Albi Professionali degli odontoiatri delle province campane, Referente Ufficio Scolastico Regionale, Rappresentante della Presidenza dell'ANCI Regionale ( Associazione Nazionale Comuni d'Italia ), Rappresentante della Presidenza dell'UPI Regionale ( Unione delle Province d'Italia), Rappresentanti di Movimenti o Associazioni di tutela dei diritti del cittadino, Rappresentanti Associazioni Odontoiatri e Igienisti dentali, Referenti delle U.O.C. e/o Cattedre di Chirurgia Orale e di Maxillo – Facciale delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie regionali, Referente del “Dipartimento degli Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali” Università “Parthenope”, Referente dei Servizi o Aree di Epidemiologia e Prevenzione, Referente Registro Tumori Regione Campania, Referente Associazioni odontotecnici( ANTLO - associazione nazionale titolari laboratori odontotecnici, FE.NA.OD.I.-federazione nazionale odontotecnici italiani) Referente Centro Regionale di Documentazione per l'Educazione alla Salute.

I compiti della Cabina di Regia saranno:

- formazione dei referenti aziendali;
- attivazione di una rete funzionale al progetto;
- predisposizione di strumenti ad hoc finalizzati ad individuare procedure omogenee;
- verifica delle esperienze maturate dalle diverse AASSLL nell'ambito;
- condivisione dei dati disponibili con creazione di una banca dati ad hoc;
- supporto di tutte le fasi operative del progetto;

Le Direzioni Aziendali di ogni singola ASL sono tenute a costituire un gruppo di lavoro con il compito di garantire le azioni di programmazione/indirizzo, assistenza tecnica ai diversi contesti operativi nella preparazione/gestione degli interventi, nonché di valutazione delle azioni realizzate.

Tale gruppo di lavoro sarà costituito stabilmente dal referente organizzativo del progetto, dal Coordinatore Aziendale dei progetti di prevenzione, con il coinvolgimento graduale, in base alle specifiche azioni del progetto, di diverse strutture delle funzioni centrali dell'Azienda.

Per l'attuazione dell'intervento è prevista la partecipazione delle seguenti figure: epidemiologi/igienisti, medici delle cure primarie, odontoiatri, oncologi, igienisti dentali, odontotecnici.

Saranno coinvolte le strutture ambulatoriali odontoiatriche, , gli ambulatori dei medici di continuità assistenziale, gli ambulatori specialistici di oncologia.

#### *Portatori di interessi*

Il presente progetto prevede, sia per l'attività progettuale che per le attività attuative e di monitoraggio e controllo, la partecipazione del privato sociale e delle associazioni rappresentative di categorie professionali e dei cittadini come: Enti Locali, Associazioni di Consumatori, Società Scientifiche, Associazioni Professionali, Ordini Professionali, Cittadinanza Attiva ed industrie del settore.

#### *Possibili criticità*

Il progetto presenta, ovviamente, molti aspetti di difficile previsione. La limitatezza dei dati epidemiologici disponibili a livello anche nazionale, la specificità della realtà regionale costituiscono di per sé elementi di incertezza sul processo. In tal senso è possibile configurare il progetto come un'attività sperimentale per la Regione Campania. È possibile, tuttavia, individuare la disponibilità alla collaborazione tra le diverse professionalità coinvolte quale condizione necessaria per l'avvio del progetto. Disponibilità non significa assenza di conflittualità tra gli attori ma accettazione della logica del confronto finalizzato alla crescita della cultura della prevenzione delle malattie del cavo orale come uno degli elementi necessari alla crescita del benessere individuale e sociale.

Sono poi ipotizzabili criticità dal punto di vista attuativo ad esempio sulla continuità di alcune attività (per es. sigillatura) che richiedono interventi ripetuti nel tempo.

La criticità principale, resta comunque la difficoltà di accesso, da parte del cittadino economicamente svantaggiato, alle cure odontoiatriche.

#### *Sistema di valutazione*

Indicatori	Fonti di Verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Acquisizione dei materiali didattici - informativi	Presenza dei materiali	Assente	Presente			
Realizzazione di formazione per gli operatori che aderiscono al progetto	Dati di Servizio	Assente	Presente			
Numero di strutture ambulatoriali in cui viene attivato il programma di	Banca dati ASL	Assente	Presente			



REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

prevenzione delle patologie odontoiatriche/totale strutture esistenti;						
N. scuole materne che partecipano all'intervento sul totale delle scuole della Regione	Dati servizio	Assente				
N. scuole primarie che partecipano all'intervento sul totale delle scuole della Regione	Dati servizi	Assente				
N. scuole secondarie di primo grado che partecipano all'intervento sul totale delle scuole della Regione	Dati servizio	Assente				
N° accesso edentuli presso strutture ambulatoriali	Banca dati ASL	Assente				

*Cronoprogramma*

Attività	2011												2012											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Fase 1	X	X	X	X	X	X																		
Fase 2	X	X	X	X	X	X																		
Fase 3 - informazione ai cittadini	X	X	X	X	X	X	X	X	X															
Fase 4 punto 4 e 5 attuazione degli interventi										X	X	X	X	X	X	X	X	X						
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Valutazione condivisa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## 2.6 I disturbi psichiatrici

### **Progetto 12: Contrasto ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in età evolutiva: interventi di prevenzione finalizzati ad una tempestiva e adeguata identificazione e presa in carico dei casi a rischio (Quadro d'Insieme n° 3.6.1)**

#### Macroarea

3. Prevenzione della popolazione a rischio

#### Identificativo della linea o delle linee di intervento generali di cui in tabella 1

3.6 Disturbi psichiatrici

#### Breve descrizione del progetto

##### *Razionale*

Sempre più nell'età evolutiva i rapporti fra alimentazione e stato di salute sono considerati in una prospettiva diversa rispetto al passato per l'emergere, anche in questa fascia d'età, di problemi nutrizionali nuovi e tipici della società del benessere (sovrappeso/obesità e disturbi del comportamento alimentare (DCA)). Tali patologie hanno grande rilevanza per le conseguenze a livello individuale e anche per gli aspetti sociali e le ricadute economiche che hanno sul SSN.

Sovrappeso ed obesità, in evidente aumento in età pediatrica dagli anni '80 e con una prevalenza nell'adolescenza stimata ora intorno al 25-30 %, hanno effetti negativi sullo stato di salute sia nel breve che nel lungo termine; al riguardo vanno considerate sia le conseguenze organiche (diabete, ipercolesterolemia, ipertensione, steatosi epatica), che quelle psicologiche (negativa immagine di sé, ridotta autostima e condotte autolesive, ecc.) ed anche la comorbidità psichiatrica. Soprattutto in età adolescenziale l'eccesso ponderale può sottendere taluni tipi di DCA.

Preoccupante perché spesso meno evidente e anche per la gravità assoluta di talune di queste patologie, è la considerazione che sono sempre più giovani le fasce della popolazione in cui iniziano a manifestarsi DCA quali anoressia nervosa, bulimia nervosa, BED (binge eating disorders) fino a forme meno chiaramente definibili ma probabilmente più frequenti quali i DANAS (disturbi del comportamento alimentare non altrimenti definiti). Anche in questo caso le ripercussioni sulla società e sullo stato di salute dell'individuo sono evidenti (fino all'immediato pericolo di vita), con grandi interrogativi aperti sulle conseguenze a lungo termine di tali malattie.

Il quadro complessivo ora descritto richiama l'attenzione sull'associazione già presente nella pubertà fra DCA e stili di vita non salutari (un tema in generale poco conosciuto e del tutto inesplorato nella nostra realtà culturale e geografica). Esso giustifica anche un ragionato allarme e ammonisce circa la necessità di un intervento tempestivo per la prevenzione dei DCA, con iniziative che dovrebbero aver inizio precocemente in un contesto d'elezione come la Scuola. Appare anche necessario giungere all'identificazione accurata dei DCA (soprattutto nei casi borderline), e definire con certezza un percorso assistenziale adeguato alla gravità del singolo caso che coinvolga strutture territoriali, strutture ospedaliere e strutture specializzate di terzo livello.

Recentemente in regione Campania è stato realizzato in un triennio un progetto pilota, finanziato dall'Assessorato alla sanità della Regione stessa, sui DCA in età evolutiva, che ha prodotto risultati di

identificazione/formazione/informazione molto positivi nella ASL Napoli 1. (*DICAEV. Deliberazione n. 1687 del 26.11.05 della Regione Campania*).

#### *Obiettivi generali*

Sviluppo di programmi di prevenzione e identificazione precoce e presa in carico dei ragazzi a rischio di disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva.

Conoscenza dei fattori di rischio personali, familiari e sociali per i disturbi del comportamento alimentare.

#### *Obiettivi specifici*

- Elaborare un modello integrato per la prevenzione, l'identificazione e la presa in carico dei DCA in età evolutiva.
- Identificare un percorso formativo per i docenti della Scuola Media inferiore e superiore in relazione alla promozione tra gli alunni di un comportamento alimentare salutare.
- Identificare un percorso formativo per gli operatori della Sanità in relazione a prevenzione, identificazione e presa in carico dei ragazzi a rischio di DCA
- Preparare e rendere disponibile materiale formativo, relativo agli stili di vita salutari (alimentazione e attività motoria) e ad un adeguato comportamento alimentare, in forma elettronica (anche su sito WEB) e cartacea.
- Proporre un sistema di rete assistenziale integrata per i DCA dell'età evolutiva, adattato alla severità della patologia.

#### *Azioni principali*

Il **corso formativo per gli insegnanti**: trasmettere le conoscenze delle dinamiche emotivo-relazionali e dei fattori di rischio nella fascia adolescenziale nelle scuole medie di I e II grado miranti ad fornire al personale operante nella scuola le conoscenze adeguate per la identificazione precoce dei DCA in età evolutiva. Si tratterà, inoltre, dei principi della sana alimentazione e della loro applicazione nella pratica, della definizione di stili di vita salutari, e della promozione di un adeguato comportamento alimentare.

Il **corso formativo per gli operatori della Sanità**: offerto a personale sanitario e principalmente a medici, psichiatri, dietisti coinvolti nell'identificazione e nella presa in carico dei ragazzi a rischio di DCA, sarà articolato in una prima fase di introduzione ai temi in oggetto con prevalenza di lezioni frontali ed una seconda che si baserà sull'autoapprendimento, la discussione di casi, sulla formulazione di indicazioni operative e sull'acquisizione delle metodiche principali per la valutazione dei risultati, sempre in relazione alle specifiche professionalità e relative esigenze. Per tali iniziative verrà richiesto il riconoscimento ECM.

La preparazione del **materiale didattico** richiederà la formulazione di dispense, questionari di autovalutazione, presentazione di casi, ecc. nell'intento di promuovere quanto è più possibile un percorso di autoapprendimento (anche attraverso e-learning).

#### *Risultati attesi*

- Realizzare una rete di identificazione e terapia dei DCA per l'età evolutiva che coinvolgerà operatori della Sanità del territorio, appartenenti agli ospedali e alle strutture specialistiche di terzo livello. I casi più gravi afferriranno alle strutture assistenziali specialistiche coinvolte nel progetto.
- Definizione delle caratteristiche che dovrebbe possedere un centro di riferimento e coordinamento specifico per i DCA dell'età evolutiva.
- Realizzare programmi di prevenzione dei DCA nel territorio di riferimento (scuole, palestre, ecc .) secondo le indicazioni OMS e della EBP (promozione stili di vita consapevoli e Life Skills Education)

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

- Diffondere le strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio e sottosoglia.
- Proposta di attivazione nelle ASL di sportelli di valutazione di adolescenti a rischio di DCA precedentemente individuati da genitori/scuole/sanitari
- Offerta di interventi di counseling per i soggetti che ne fanno richiesta
- Sostegno a Progetti con le Scuole che facciano riferimento alla Metodologia delle Life Skills Education promuovendo le competenze e le abilità per la vita
- Elaborazione di progetti di intervento/ricerca basati su prove di efficacia relativamente a nuovi approcci di individuazione e prevenzione
- Mappatura dei Servizi Pubblici e dell'Associazionismo presenti nel Territorio di riferimento e ampia diffusione della stessa con particolare attenzione ai medici di medicina generale e ai pediatri.
- Produzione di specifiche linee guida regionali per la realizzazione di una Rete di Servizi per la prevenzione e cura dei DCA;
- Sostegno a progetti di ricerca-intervento, basati su prove di efficacia, anche in longitudinale (progetti che garantiscano continuità), in un'ottica di integrazione fra i Servizi Pubblici e l'Associazionismo, in collaborazione con Enti locali, Scuole, Centri di aggregazione, sportivi e ricreativi del Territorio di riferimento, Mass Media.
- Realizzazione e diffusione di protocolli operativi semplificati e validati di monitoraggio del DCA nella pubertà e nell'adolescenza.
- Accessibilità a materiale formativo (formato cartaceo o elettronico) su sana alimentazione, stili di vita salutari, comportamento alimentare e corretta immagine corporea.
- Sviluppo di metodiche di apprendimento tramite e-learning.

*Attori/portatori di interesse*

- Popolazione generale degli adolescenti residenti in Campania,
- Decisori\Amministratori
- Operatori sanitari (MMG, strutture specialistiche di II e III livello, operatori sanitari -e non- impegnati nella promozione della salute)
- Enti locali
- Mass media

*Cronoprogramma*

ATTIVITA'	2011												2012											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Costituzione gruppi di lavoro nell'ambito sanitario	x	x	x																					
Individuare i portatori di interesse		x	x																					
Predisposizione di un piano di comunicazione			x	x	x																			
Individuazione degli interventi adattabili al contesto locale	x	x	x	x																				
Preparazione dei materiali e/o documenti					x	x	x	x																
Attuazione degli interventi									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Verifica dei risultati attesi													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x



**Progetto 13: Prevenzione delle depressioni e del suicidio (Quadro d'Insieme n° 3.6.2)**

Identificativo della Linea di Intervento Generale

Disturbi psichiatrici

Breve descrizione del progetto

*Razionale dell'intervento:*

Nell'uso corrente, "depressione" è un nome unico per indicare, in realtà, stati di sofferenza diversi della persona: se dire "sono depresso" è una formula comune per nominare delle difficoltà, dei momenti di trasformazione che fanno parte dell'esperienza normale di tutti, è tuttavia innegabile che esistono situazioni e condizioni nelle quali la presenza dei sintomi depressivi diventa così marcata, continua e persistente da essere definita, secondo le classificazioni nosografiche internazionali, malattia psichiatrica.

Esistono diverse forme di depressione cliniche (depressione maggiore, disturbo bipolare, episodio depressivo ecc.) e subcliniche, quest'ultime spesso associate a condizioni esistenziali particolari della persona, come il parto, l'inserimento o la perdita lavorativa, la rottura dei legami affettivi, la diagnosi di patologie gravi ecc. Pertanto, ai fini della prevenzione, di seguito si userà il plurale: "depressioni", proprio per indicare la varietà di espressioni della sofferenza umana da sottoporre ad attenzione sanitaria.

*Obiettivi generali:*

Favorire l'individuazione e la presa in carico precoce, da parte delle strutture e dei professionisti territoriali afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale, di quei soggetti che presentano segnali clinici prodromici di un possibile esordio depressivo con il concomitante aumento dell'offerta di interventi di prevenzione e cura.

Gli obiettivi da realizzare riguardano:

1. individuazione dei soggetti a rischio di esordio depressivo
2. potenziamento dell'offerta di servizi/interventi coordinati in rete (DSM, scuola, servizi sociali, università, agenzie del lavoro, Terzo Settore, ecc.) anche attraverso programmi territoriali e di comunità sperimentali/innovativi anche allo scopo di prevenire le complicanze della depressione
3. diffusione di una corretta informazione sul fenomeno depressione tra la popolazione generale

*Risultati attesi:*

Rilevazione degli stati depressivi presenti nella popolazione, per fasce d'età e condizioni socio-ambientali.

Incremento delle sinergie tra gli attori istituzionali, sanitari e sociali coinvolti nella rete degli interventi per fronteggiare le depressioni.

Maggior conoscenza, nell'opinione pubblica, delle modalità di manifestazione degli stati depressivi e, soprattutto, della loro natura, delle condizioni predisponenti ovvero di salvaguardia rispetto agli stessi, della curabilità della patologia.

Ampliamento dell'offerta di servizi/interventi in materia di prevenzione degli stati depressivi e delle complicanze associate, quali il suicidio, con relativa mappatura.

Riduzione del numero di suicidi in Campania.

*Azioni principali:*

Azioni per favorire l'individuazione di soggetti a rischio depressivo riguardano:

- a) sensibilizzazione e formazione dei MMG sulla tematica attraverso il riconoscimento precoce dei segnali e delle difficoltà (di ordine biologico, psicologico, lavorativo e sociale) che precedono o accompagnano i sintomi depressivi e le loro complicanze
- b) programmi per il riconoscimento precoce dei sintomi di depressione in popolazione target (anziani, studenti universitari, soggetti con gravi patologie mediche, persone con difficoltà lavorative, ecc.) con strumenti di rilevazione omogenei, standardizzati ed adatti ai soggetti coinvolti

Il potenziamento dell'offerta di servizi in materia attiene ai seguenti punti:

- a) ricognizione e valutazione dei servizi e delle strutture "protette", residenziali e semiresidenziali, esistenti per soggetti affetti da forme depressive di interesse clinico
- b) implementazione di programmi-intervento, anche di natura sperimentale, basati su un progetto terapeutico riabilitativo individuale e globale, definito da una equipe multiprofessionale, espressione concreta della presa in carico da parte dei servizi territoriali

Per la diffusione di una corretta informazione, infine, sono da attuare:

- a) campagne di informazione a largo raggio sulla natura della patologia, sui fattori predisponenti/scatenanti (stress psicofisici, ritiro sociale, difficoltà esistenziali di varia natura come inserimenti scolastici, perdita del lavoro ecc.) e sulle cure integrate (bio-psico-educative) esistenti allo scopo di sensibilizzare la cittadinanza e di favorire una maggiore sensibilità sul tema "depressioni"
- b) programmi di inserimento, anche protetto, di soggetti con disturbo depressivo nelle normali aree di attività quotidiane (per esempio: tempo libero, sport, lavoro, ecc.)

*Attori:*

Dipartimenti di Salute Mentale, Università/Istituti di ricerca, Istituzioni Scolastiche, Ospedali-Punti Parto, Consultori Materno-Infantili/Familiari.

*Portatori di interesse:*

MMG, psicologi, ginecologi, psichiatri, associazioni di familiari.

*Possibili criticità:*

Coinvolgimento degli attori/operatori della rete. Implementazione del flusso informativo sugli stati depressivi nella popolazione. Standardizzazione/realizzazione di programmi di intervento individuali. Valutazione dell'efficacia degli interventi.

*Sistema di valutazione:*

Audit con categorie interessate (medici, associazioni di familiari); analisi dei flussi informativi sugli stati depressivi e correlati (tassi di suicidio e tentativi di suicidio); out come della mappatura dei servizi/strutture dedicate. Focus group con operatori della rete di prevenzione delle depressioni.

*Cronoprogramma:*

Azioni	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Sensibilizzazione/formazione dei MMG	x	x	x	x	x	x						
2. programmi per il riconoscimento precoce	x	x	x	x	x	x						

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

dei sintomi												
3. Ricognizione e valutazione servizi/strutture	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4. Implementazione programmi/intervento						x	x	x	x	x	x	
5. Campagne informative	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Programmi individuali					x	x	x	x	x	x	x	x

*Beneficiari:*

Giovani (16 – 30 anni); donne in condizione puerperale; persone in mobilità lavorativa; anziani.

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

Sviluppo “culturale” della consapevolezza della esistenza della malattia depressiva e della sua curabilità.

Individuazione dei soggetti con sindromi depressive subcliniche per interventi di prevenzione mirati e precoci.

Miglioramento della qualità della vita dei pazienti depressi e dei loro familiari.

Riduzione dell’impatto della depressione e delle sue complicanze sulle spese sanitarie e sui costi sociali.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell’indicatore al 31/12/2010	Valore dell’indicatore al 31/12/2011		Valore dell’indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Incidenza malattie depressive	Indagine ad hoc					
Tasso di suicidi	Dati ISTAT					
Incidenza tasso tentativi di suicidio	Indagine ad hoc					



### **3. LA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E RECIDIVE DI MALATTIA**

#### **3.1 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza**

##### **Progetto 1: Sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano (Quadro d'Insieme n° 4.1.1)**

###### **Identificativo della Linea di Intervento Generale**

#### **4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia**

##### **4.1 prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza**

###### **Breve descrizione del progetto**

###### ***Razionale dell'intervento***

Da dati ISTAT risulta che nella nostra regione la percentuale delle persone in età  $\geq 65$  anni è pari al 15,9% (rispetto al 20,1% nazionale) e l'indice di vecchiaia è 95,2 (valore nazionale 143,6).

Siamo la Regione con la più bassa aspettativa di vita, sia alla nascita che a 65 anni.

Siamo la Regione più giovane ma, anche per questo, procediamo più velocemente di tutte nell'incrementare la percentuale di persone non autosufficienti (Proiezioni statistiche Anni 2004 2005 CENSIS su dati ISTAT ASSR che considerano le variazioni percentuali per quinquennio dal 2005 al 2025).

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.

L'area geografica di residenza rappresenta una delle variabili di contesto di primaria rilevanza per l'analisi dei fenomeni sociali. In particolare in Campania, dove si registra una eterogeneità, sia in termini di conformazione morfogeografica del territorio (dai grandi agglomerati urbani, alle aree montane, collinari, rurali, e marine), che di distribuzione della popolazione anziana nelle diverse aree geografiche, con particolare attenzione alle tipologie delle famiglie e dei cambiamenti registrati negli ultimi anni, soprattutto per quanto riguarda le famiglie unipersonali.

E' pertanto necessario evidenziare i fattori specifici e peculiari che creano condizioni di rischio di fragilità (anche rilevando la percezione soggettiva delle fasce di popolazione più esposte a tale rischio) e individuare strategie e strumenti con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita nelle zone di maggior disagio (zone di montagna, zone collinari e/o rurali), con la necessità di modificare l'approccio tradizionale passando da una linea di attesa a una linea attiva degli interventi. Anche a supporto di queste strategie, devono essere messe in atto attività di monitoraggio degli interventi.

Il sistema di sorveglianza Passi d'Argento, promosso dal Ministero della Salute a partire dal 2008, ha lo scopo specifico di conoscere e monitorare nel tempo le condizioni di salute o di fragilità, i bisogni di tutela, ma anche le potenzialità in termini di capacità e risorse delle persone anziane.

Inoltre, le informazioni prodotte permettono confronti fra diverse realtà locali e nel tempo all'interno della stessa area, favorendo forme di coordinamento e reale integrazione tra i servizi sociosanitari e socio-assistenziali che a livello locale, si occupano di interventi a favore della popolazione anziana.

Questo sistema permette di fornire un'immagine complessiva del fenomeno a livello di Regione, e di stimare e seguire nel tempo quanto i servizi sanitari e sociali progrediscono nell'attuazione di interventi efficaci per la riduzione della disabilità e del rischio di disabilità.

#### *Obiettivi generali*

Ritardare o limitare l'insorgenza di patologie croniche e disabilità nell'età anziana

#### *Obiettivi specifici*

- Garantire la sostenibilità del sistema di sorveglianza Passi d'Argento al fine di identificare e monitorare nel tempo i bisogni di salute e le potenzialità delle persone anziane
- Favorire stili di vita attivi e salutari nelle persone anziane.

#### *Risultati attesi*

- Disponibilità di un profilo della popolazione anziana basato sulle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) e ADL (Activities of Daily Living), 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
- 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.

#### *Azioni principali*

- Costituzione di gruppi di coordinamento multidisciplinari con il coinvolgimento dei portatori di interesse di livello regionale e locale.
- Organizzazione e gestione del lavoro relativo all'esecuzione delle interviste
- Analisi dei dati e interpretazione dei risultati, reportistica e comunicazione, progettazione condivisa per realizzare il profilo della popolazione anziana per programmare e monitorare gli interventi da intraprendere

#### *Attori*

Gli anziani ( $\geq 65$  anni) della Regione Campania.

#### *Portatori di interesse*

Gli anziani stessi, le loro famiglie, il mondo del volontariato sociale, i Comuni, i Municipi, i servizi e gli operatori sociali, gli operatori sanitari (operatori dei distretti, servizi geriatrici, dipartimenti di prevenzione, Società Scientifiche e Sindacali dei MMG, U.O. assistenza anziani).

#### *Possibili criticità*

La principale criticità è legata al processo di integrazione fra aspetti sociali e sanitari, che peraltro rappresenta il cardine centrale del Piano sociale e sanitario regionale

REGIONE CAMPANIA  
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

*Sistema di valutazione*

La valutazione verterà principalmente sul processo che ha lo scopo di fornire informazioni necessarie a migliorare l'efficienza del progetto in corso di Passi d'Argento.

La valutazione di esito riguarda la capacità del sistema di raggiungere l'obiettivo specifico di sorveglianza, la qualità delle informazioni epidemiologiche prodotte, l'influenza dei risultati della sorveglianza sulle scelte di politica sanitaria.

*Indicatore di verifica*

Evidenza documentale.

*Cronoprogramma*

Attività	2011												2012											
Consolidamento gruppi aziendali (2)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x												
Reperimento risorse locali (2)													x	x										
<b>Effettuazione interviste (1)</b>																								
Analisi e interpretazione dati (2)													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reportistica e comunicazione (2)																								
Progettazione condivisa (3)													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

(1) Secondo indicazioni ministeriali

(2) Suscettibile di modifiche in relazione alla programmazione nazionale

(3) la programmazione si basa sui dati regionali Passi d'Argento 2010 già disponibili

*Beneficiari:*

Anziani e loro famiglie, Decisori regionali, Direttori di ASL e di Distretto, Responsabili servizi socio-assistenziali

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

Ritardare o limitare l'insorgenza di patologie croniche e disabilità nell'età anziana