

# Regione Lazio

## Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (PRP)

# **Piano Regionale della Prevenzione**

## **2010-2012**

### **(PRP)**

## **QUADRO STRATEGICO**

#### **Indice**

<b>Premessa</b> .....	pag. 4
<b>Capitolo 1 – Quadro di riferimento regionale</b> .....	pag. 4
<b>1.</b> Il Territorio Regionale .....	pag. 5
<b>2.</b> Caratteristiche regionali del sistema sanitario e dell'offerta regionale .....	pag. 5
<b>3.</b> Quadro socio demografico .....	pag. 8
<b>4.</b> Indicatori demografici statici e dinamici.....	pag. 10
<b>5.</b> Indicatori di livello socioeconomico .....	pag. 11
<b>6.</b> Le cause principali di ricorso ai servizi sanitari .....	pag. 17
<b>7.</b> Stime di occorrenza di alcune patologie.....	pag. 20
<b>8.</b> Gli stili di vita e fattori di rischio su base individuale .....	pag. 20
<b>9.</b> Consumo di alcool .....	pag. 21
<b>Obesità</b> .....	

10. Obesità .....	pag. 22
11. Attività fisica .....	pag. 23
12. I rischi nell'ambiente di vita e di lavoro .....	pag. 23
a. <i>Infortuni e malattie professionali</i> .....	pag. 25
b. <i>Incidenti domestici</i> .....	pag. 27
c. <i>Incidenti stradali</i> .....	pag. 28
d. <i>Alcool e fumo negli ambienti di lavoro</i> .....	pag. 28
13. Dati generali sui principali interventi di prevenzione .....	pag. 28
14. Le vaccinazione in età pediatrica .....	pag. 22
e. <i>La vaccinazione antinfluenzale</i> .....	pag. 22
15. Dati Programmi di screening oncologici.....	pag. 29
f. <i>Screening mammografico</i> .....	pag. 30
g. <i>Screening citologico per il tumore della cervice uterina</i> .....	pag. 32
h. <i>Screening colonrettale</i> .....	pag. 32
16. Bibliografia essenziale .....	pag. 32
17. Sitografia .....	pag. 33
<b>Capitolo 2 – Le criticità</b> .....	pag. 33
<b>Capitolo 3 – La programmazione regionale</b> .....	pag. 35
1. Gli elementi di contesto.....	pag. 35
2. Criteri generali e specifici per la pianificazione dei progetti .....	pag. 36
3. Modello organizzativo .....	pag. 38
4. Elementi di sostenibilità del Piano .....	pag. 39
5. Linee d'intervento prioritarie .....	pag. 40
6. Le sorveglianze di popolazione .....	pag. 41

## **PREMESSA**

L'esperienza del Piano della Prevenzione 2005-2007 ha rappresentato un importante strumento di crescita nel nostro contesto regionale e un momento di confronto, interno ed esterno, con le nuove istanze che il mondo scientifico e l'evoluzione culturale degli ultimi anni hanno prepotentemente portato all'attenzione degli operatori e dei decisori.

In particolare è stata percepita la necessità di accantonare modelli di intervento, quali quelli espressi in larga maggioranza dalle strutture pubbliche in questi anni, basati esclusivamente sull'iniziativa dei singoli operatori, spesso non controllati dal punto di vista metodologico, condotti con approcci non uniformi e a forte rischio, tra l'altro, di generare disuguaglianze. Altro elemento comune di molti dei programmi passati era la carenza, se non l'assenza, di un piano di valutazione che misurasse l'impatto delle azioni introdotte.

In relazione a questi limiti il precedente Piano ha innanzitutto evidenziato l'urgenza di potenziare il coordinamento delle attività a livello regionale, assicurando nel contempo la stretta connessione con il livello nazionale.

In secondo luogo ha invitato a considerare più attentamente i risultati degli studi, che indicano la maggiore efficacia, anche in termini di copertura, di programmi complessivi multiorientati, con la combinazione di più componenti e con elementi di rinforzo provenienti dal coinvolgimento di più settori.

Il termine che meglio esprime questa veste fortemente sfaccettata della prevenzione, e della sanità in generale, è "complessità"; la complessità dei programmi di prevenzione si esprime in un coacervo di azioni che si traducono in strategie ampie ed integrate, in grado di coniugare obiettivi differenti. Ad es. Il livello di prevenzione su base individuale e quello di prevenzione universale devono necessariamente integrarsi pur richiedendo la messa in campo di competenze e strumenti diversi. Tutto ciò rappresenta indubbiamente un obiettivo ambizioso ben difficilmente perseguibile in tempi brevi e sotto l'influenza di una costante precarietà economica. Tuttavia si possono mettere in atto misure in grado di promuovere la qualità sia nelle istituzioni che nelle strutture operative. È indispensabile innanzitutto che i piani di sanità pubblica siano coordinati centralmente, monitorati attraverso verifiche periodiche e implementati in modo uniforme quanto a strategie, metodi, e ambiti professionali. Nel Lazio la struttura deputata al coordinamento della maggior parte dei programmi è la Regione, con il supporto tecnico dell'Agenzia di Sanità Pubblica. Alla luce della esperienza del precedente PRP si individua nelle AASSLL il livello di attuazione dei piani e dei Programmi. Le Asl, che saranno comunque coinvolte nella fase di programmazione, dovranno provvedere a tradurre in piani attuativi territoriali le linee programmatiche individuate e provvedere alla concreta attuazione

delle stesse. il Dipartimento di Prevenzione è inoltre individuato quale struttura di coordinamento e di regia della programmazione e dello svolgimento delle attività,

supportando la direzione aziendale nella individuazione delle articolazioni aziendali chiamate a partecipare alla attuazione dei piani.

L'occasione che ci viene data con il nuovo Piano di Prevenzione 2010-2012, caratterizzato da un forte stimolo all'apprendimento comune attraverso l'esperienza della comunità di pratica, è quella di massimizzare l'efficacia degli insegnamenti già ricevuti e di proseguire il percorso avviato, secondo la prospettiva della formazione continua sia degli operatori che dei cittadini.

## **CAPITOLO 1.**

### **IL QUADRO DI RIFERIMENTO REGIONALE**

#### **Il territorio regionale**

Il territorio della regione Lazio è considerevolmente articolato: la Regione è suddivisa amministrativamente in 5 province e 378 comuni (di cui 121 appartenenti alla provincia di Roma). La presenza della Capitale (suddivisa in 19 municipi), che comprende circa la metà della popolazione residente in regione e costituisce un'estensione territoriale notevole, pari a 1.286 km<sup>2</sup> (il più esteso comune d'Europa), costituisce una condizione di particolarità rispetto alle altre regioni italiane, soprattutto se si considera che il Servizio sanitario regionale è caratterizzato da una marcata prevalenza della componente ospedaliera, che per le ragioni citate è concentrata soprattutto nell'area metropolitana, rispetto ai servizi territoriali.

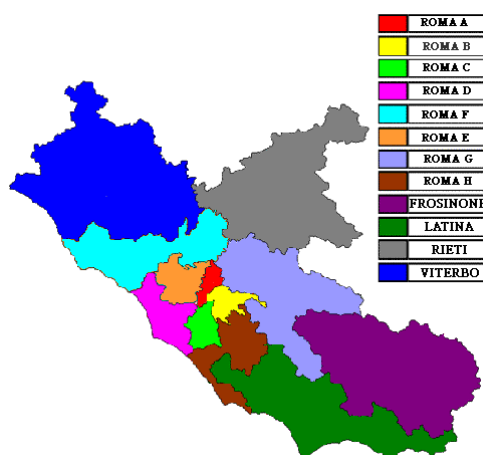
Il Lazio rappresenta la terza regione più popolosa d'Italia (326 abitanti per km<sup>2</sup>), ma presenta al suo interno una notevole variabilità in termini di densità abitativa, che oscilla fra i 691 ab./kmq della provincia di Roma e i 54 ab./kmq della provincia di Rieti. In relazione alla disomogeneità delle caratteristiche fisiche del territorio, sussistono problemi di viabilità nelle province più periferiche, che comportano per gli abitanti di alcune zone consistenti difficoltà di accesso ai servizi.

Considerando il "grado di urbanizzazione" così come definito da Eurostat, il 61,2% della popolazione regionale vive in comuni ad alta urbanizzazione, il 30,6% in comuni a media urbanizzazione e il restante 8,2% in comuni a bassa urbanizzazione.

#### **Caratteristiche generali del sistema sanitario e dell'offerta regionale**

Il territorio regionale si articola in 12 Aziende sanitarie locali (figura 1), comprendenti nell'insieme 55 Distretti sanitari.

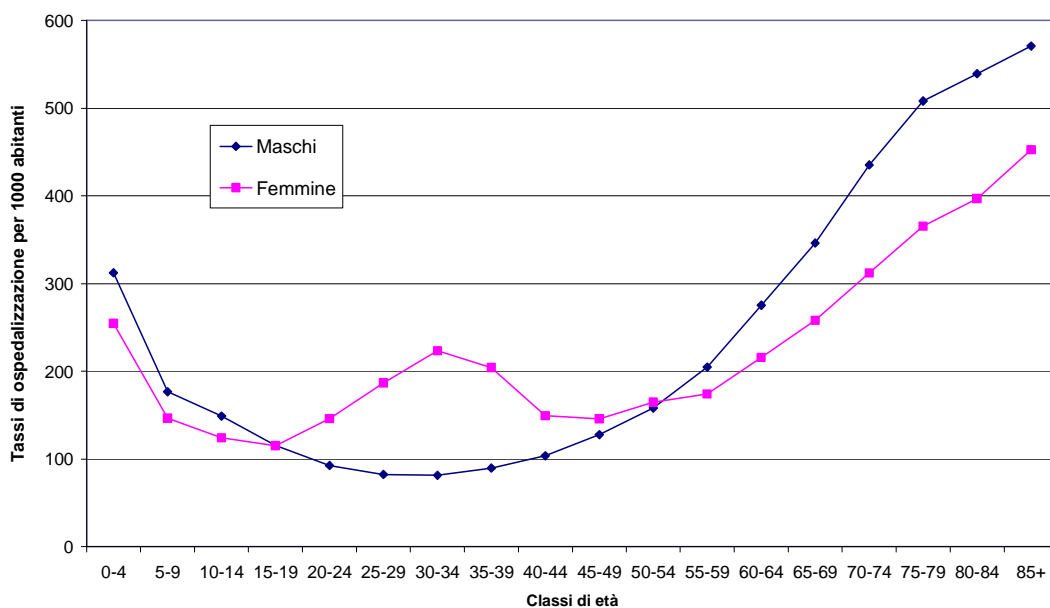
Figura 1 – Aziende sanitarie locali del Lazio



Complessivamente, al 1 gennaio 2009 risultano attive 104 strutture di ricovero per acuti che erogano assistenza a carico del SSR: 46 Presidi ospedalieri a gestione diretta, 4 Aziende ospedaliere, 4 Policlinici universitari, 1 Azienda per l'emergenza sanitaria, 7 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui 2 di riabilitazione, 36 strutture private accreditate per il ricovero di pazienti acuti, 7 ospedali classificati: in totale 20.227 posti letto (di cui 794 dell'IRCCS Bambino Gesù), il 14% dei quali appartenenti a case di cura private. L'indice di posti letto per 1.000 abitanti è pari a 3,6 in linea con i nuovi standard definiti dal Patto per la salute 2010-2012 (4 p.l. per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie).

La regione Lazio si caratterizza storicamente per un eccesso di posti letto ospedalieri dedicati all'acuzie nell'area metropolitana, mentre nel restante territorio regionale la rete ospedaliera presenta delle disomogeneità e delle carenze. L'offerta dell'alta specialità, inoltre, risulta concentrata tutta nell'area metropolitana romana, così come la gran parte della terapia intensiva. Il numero complessivo di dimissioni di residenti nel 2008, compresa la lungodegenza e la riabilitazione, è stato di 1.062.765, con tassi grezzi di ospedalizzazione per sesso ed età (1.134.497 ricoveri di residenti, compresa la mobilità passiva) che seguono l'andamento riportato nel grafico seguente.

#### TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER SESSO E CLASSE D'ETA'. ANNO 2008



L'offerta ospedaliera è stata recentemente oggetto di interventi di riorganizzazione che hanno introdotto per la maggior parte delle specialità il funzionamento di reti di assistenza, in grado di garantire collegamenti tecnici e funzionali fra strutture di diverso grado di specializzazione e fra diversi livelli di assistenza. Per le attività di rilievo regionale e le reti di alta specialità viene adottato il modello organizzativo delle reti integrate hub and spoke, ovvero la concentrazione dell'assistenza di alta complessità in centri di riferimento (hub), supportati da una rete di centri satellite (spoke), cui compete l'assistenza ai casi meno gravi e l'invio dei casi più gravi ai centri di riferimento, modello che da diversi anni caratterizza il sistema di emergenza sanitaria.

La componente privata, soprattutto quella relativa ai servizi specialistici ambulatoriali e di diagnostica, è rilevante; pertanto a partire dal Piano di rientro tutti gli interventi di riordino hanno incontrato evidenti difficoltà nel ricondurla all'interno della programmazione regionale e locale, anche per gli insufficienti strumenti disponibili per esercitare pienamente la funzione di committenza da parte delle Aziende sanitarie locali. Per quanto riguarda l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, nel 2008, il numero complessivo dei presidi ambulatoriali sul territorio laziale risulta pari a 1.006, di cui il 59% afferente al comparto privato provvisoriamente accreditato, il 38% al comparto a gestione diretta di ASL e il 4% alle rimanenti tipologie (ospedali classificati, IRCCS, Policlinici Universitari, Aziende Ospedaliere). La regione Lazio inoltre presenta il più elevato rapporto medici di medicina generale/abitanti dell'intero territorio nazionale. L'assistenza medico generica e pediatrica di base sono garantite rispettivamente da 4.823 Medici di Medicina Generale e da 769 Pediatri di Libera Scelta operanti sul territorio regionale (dati 2008). La copertura dell'assistenza pediatrica sulla popolazione di 0-6 anni è vicina al 100% mentre quella sulla popolazione di età 7-13 è del 70%, con un'ampia variabilità fra le 12 ASL.

### Quadro socio-demografico

Il quadro demografico della popolazione laziale (5.626.710 abitanti, dati ISTAT 1/1/2009) è caratterizzato da una tendenza all'invecchiamento, con un incremento della classe di età 65 anni e più di circa il 20% in un decennio che ha portato la consistenza numerica di questa classe di età superiore al milione di persone (tabella 1). Mediamente la percentuale di soggetti della classe di età anziana è del 19,7% mentre quella di ultra75enni è del 9,3%. Questi dati si evincono anche dalle modificazioni della piramide per sesso ed età della popolazione (figura 2) e, congiuntamente alle dinamiche epidemiologiche, rendono conto delle modificazioni complessive in atto nelle necessità assistenziali e sanitarie della popolazione.

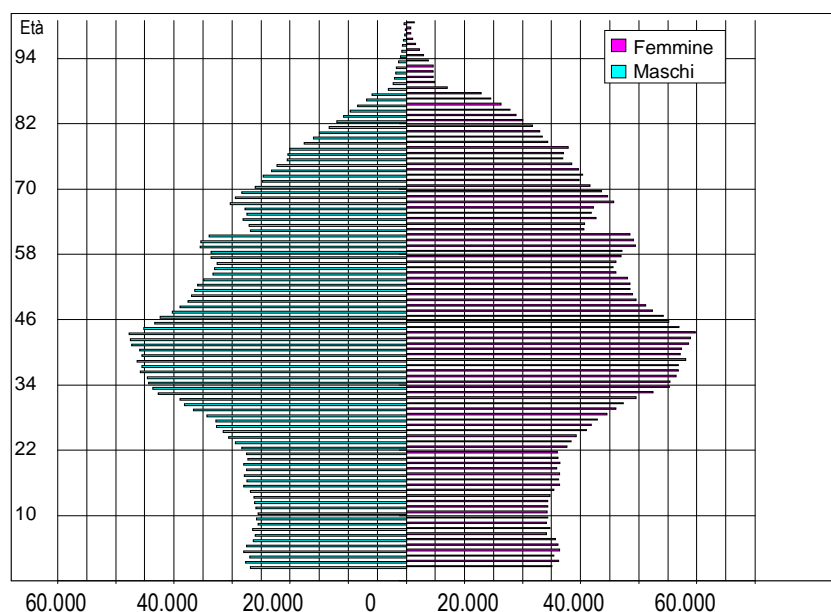
Il numero di residenti varia notevolmente da una ASL all'altra: si va dai 159.018 residenti dell'ASL di Rieti ai 690.712 residenti della ASL RMB.

*Tabella 1 - Popolazione residente per ASL al 1/01/2009*

<b>ASL</b>	<b>Popolazione Residente</b>	<b>Popolazione &gt;64 anni (%)</b>	<b>Popolazione &gt;74 anni (%)</b>
RMA	482.369	113.947	56.044
RMB	690.712	129.294	59.427
RMC	537.747	123.433	60.310
RMD	560.600	113.590	50.112
RME	519.429	113.247	54.279
RMF	307.987	50.584	22.105
RMG	476.586	79.787	36.915
RMH	534.605	86.984	38.288
VITERBO	315.523	66.421	33.032
RIETI	159.018	36.192	18.748
LATINA	545.217	94.745	43.343
FROSINONE	496.917	98.173	50.182
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>5.626.710</b>	110.6397	522.785



Figura 2 – Distribuzione della popolazione del Lazio, per classi di età e sesso. Anno 2008



Nel Lazio, la dinamica di crescita costante e accelerata della popolazione, osservata in Italia dagli anni 2000, ha registrato i maggiori incrementi medi annui negli anni 2001-2008, come evidenziato in Tabella 2. La crescita ha interessato soprattutto le province di Roma e Latina che presentano rispettivamente un tasso di variazione medio annuo 2001-2008 di 1,5 e 1,49; seguono Viterbo (1,26), Rieti (1,08) e in ultimo la provincia di Frosinone (0,36).

L'andamento positivo della popolazione regionale fa seguito ai recenti processi di regolarizzazione degli immigrati e dipende anche da una ripresa delle nascite, comprovata da tassi di natalità e fecondità che, nel 2008, sono rispettivamente del 10,2 e 42,5 per 1,000 abitanti. In particolare, nel periodo 1994-2008, è aumentata notevolmente la quota di nascite da donne nate all'estero (dal 6% al 21%). La maggioranza delle donne proviene da Paesi a forte pressione migratoria, con una prevalenza di donne dell'Europa dell'Est (principalmente Romania).

Tabella 2 – Popolazione residente per provincia al 1/01 di ciascun anno. Anni 1993-2008

Anno*	Frosinone	Latina	Rieti	Roma	Viterbo	Lazio	Italia
1993	480.580	480.267	144.477	3.773.733	279.855	5.158.912	56.821.250
1994	482.008	485.256	145.393	3.761.568	282.403	5.156.628	56.842.392
1995	483.064	488.205	145.818	3.752.499	283.978	5.153.564	56.844.408
1996	483.884	489.712	145.963	3.743.315	285.135	5.148.009	56.844.197
1997	484.720	491.426	146.695	3.733.170	286.261	5.142.272	56.876.364
1998	484.774	491.430	146.693	3.724.558	286.813	5.134.268	56.904.379
1999	484.820	491.327	146.890	3.713.412	287.456	5.123.905	56.909.109
2000	484.744	491.506	147.160	3.706.112	287.438	5.116.960	56.923.524
2001	484.452	491.632	147.307	3.704.765	288.188	5.116.344	56.960.692
2002	484.589	491.431	147.550	3.704.396	289.109	5.117.075	56.993.742
2003	485.041	497.415	148.547	3.723.649	291.153	5.145.805	57.321.070
2004	487.504	512.136	151.782	3.758.015	295.702	5.205.139	57.888.245
2005	489.042	519.850	153.258	3.807.992	299.830	5.269.972	58.462.375
2006	491.333	524.533	154.406	3.831.959	302.547	5.304.778	58.751.711
2007	491.548	528.663	154.949	4.013.057	305.091	5.493.308	59.131.287
2008	494.815	537.213	156.796	4.061.543	310.650	5.561.017	59.619.290

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Istat

Complessivamente, nel periodo 2001-2008, la popolazione straniera residente nel Lazio è passata dal 3% a quasi l'8% della popolazione residente totale. Con circa 450.000 stranieri residenti al 1/1/2009, il Lazio si configura come la terza regione per concentrazione di stranieri residenti dopo la Lombardia e il Veneto. Gli immigrati nella sola Provincia di Roma sono circa 415.000 se si tiene conto di tutte le presenze non ancora registrate in Anagrafe. Tuttavia, da una lettura per singole province, si conferma una tendenza degli ultimi anni alla diminuzione dell'incidenza percentuale degli stranieri nella provincia di Roma a vantaggio delle altre province. Rispetto all'anno precedente si sono registrati i seguenti aumenti: provincia di Latina (+30,2%); Rieti (+18,9%), Viterbo (+16,9%) e Frosinone (+15,0%).

### **Indicatori demografici statici e dinamici**

Il progressivo invecchiamento della popolazione è documentato dal costante aumento del numero di anziani (persone di 65 anni e più), della vita media, della percentuale di anziani con 75 anni e più e di altri indici presentati in tabella 3. Nel 2009, l'indice di vecchiaia ha raggiunto quota 141 (143 in Italia). E' questo l'indicatore tradizionalmente usato per valutare la presenza degli anziani in una data popolazione. I comuni della provincia di Rieti sono quelli con valori dell'indice più elevati (indice di vecchiaia  $\geq 300$  per 23 comuni su 73). In termini assoluti tuttavia, il maggior numero di anziani è presente nel comune di Roma, seguito dai comuni della provincia di Roma.

Parallelamente è aumentato l'indice di dipendenza, raggiungendo il valore di 50,6 (47,2 per gli uomini e 54,0 per le donne), dato che assume un significato rilevante in termini demografici, dal momento che valori superiori al 50% indicano la tendenza verso uno squilibrio generazionale.

*Tabella 3 - Indici demografici della struttura per età della popolazione al 1/01/2009. Lazio e Italia*

	<b>Lazio</b>	<b>ITALIA</b>
% anziani 65+anni	19,7	20,1
% anziani 75+anni	9,3	9,8
Indice di vecchiaia	141	143
Indice di dipendenza strutturale	51	52
Indice di dipendenza anziani	30	31
Età media	43	43
Speranza di vita alla nascita (uomini)	78,8	78,9
Speranza di vita alla nascita (donne)	83,9	84,1
Speranza di vita a 65 anni (uomini)	18,2	18,1
Speranza di vita a 65 anni (donne)	21,5	21,7

Fonte: ISTAT

*Vecchiaia (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.*

*Dipendenza strutturale (indice di): rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.*

*Dipendenza anziani (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.*

*Età media: età media della popolazione detenuta a una certa data espressa in anni e decimi di anno*

*Speranza di vita alla nascita (o vita media): numero medio di anni che restano da vivere a un neonato.*

*Speranza di vita a 65 anni: numero medio di anni che restano da vivere ad una persona di 65 anni di età.*

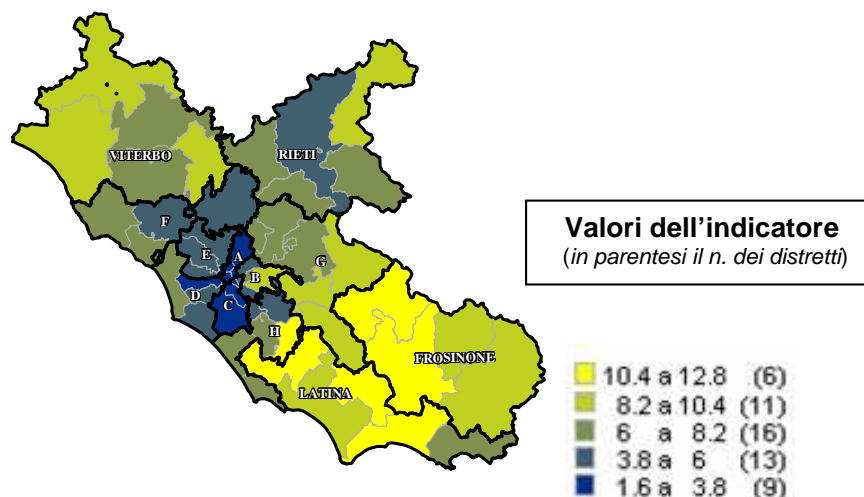
Un indicatore che combina in un'unica misura le informazioni derivanti dai dati di mortalità e di disabilità è la speranza di vita libera da disabilità ovvero il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età  $x$  in assenza di disabilità. Nel Lazio, come nelle altre regioni italiane, l'ISTAT indica, a 15 anni e a 65 anni, valori più favorevoli nelle donne rispetto agli uomini (a 15 anni: 60,4 anni liberi da disabilità per gli uomini e 63,5 per le donne; a 65 anni: 14,8 anni liberi da disabilità per gli uomini e 16,1 per le donne).

Il quadro complessivo suggerisce i diversi ordini di problemi che gli interventi di prevenzione devono affrontare: da un lato, i bisogni di salute legati all'invecchiamento della popolazione richiedono prestazioni sanitarie e interventi di prevenzione della disabilità legata all'evoluzione delle malattie cronico-degenerative. Dall'altro, lo stabilizzarsi di comunità immigrate intergenerazionali che, al momento, utilizzano i servizi sanitari soprattutto per eventi fisiologici quali il parto comporta la necessità di intensificare programmi rivolti alla tutela materno-infantile, ma anche alla prevenzione di eventi accidentali, come gli incidenti stradali e sul lavoro.

### **Indicatori di livello socioeconomico**

L'individuazione di indicatori di deprivazione capaci di sintetizzare le condizioni socioeconomiche a livello di area territoriale e di spiegare la variabilità geografica della salute, rappresenta un valido strumento di misurazione dell'impatto delle disuguaglianze sulla salute. Nel Lazio, la distribuzione della popolazione residente al di sopra dei 15 anni per titolo di studio, evidenzia una proporzione di laureati, sia maschi che femmine, superiore al livello nazionale (15,1% vs 10,7%, dati ISTAT 2008), dovuto prevalentemente alla concentrazione nel capoluogo di istituti universitari. Tuttavia l'utilizzo a livello di distretto di un indicatore, derivante dai dati del Censimento della popolazione 2001, denominato indice di istruzione e rappresentato dalla percentuale di persone di età 15-52 anni con titolo di studio più elevato pari alla licenza elementare, ha messo in evidenza forti disomogeneità nel livello socio-culturale all'interno della regione. In particolare, l'indicatore ha mostrato una notevole variabilità tra i distretti (range 1,6-12,9) e un andamento crescente (indicante un minore livello di istruzione) dall'area metropolitana verso le province, in particolare nei territori del sud della regione.

Figura 3 – Indice di istruzione nel Lazio. Dati del Censimento della popolazione 2001

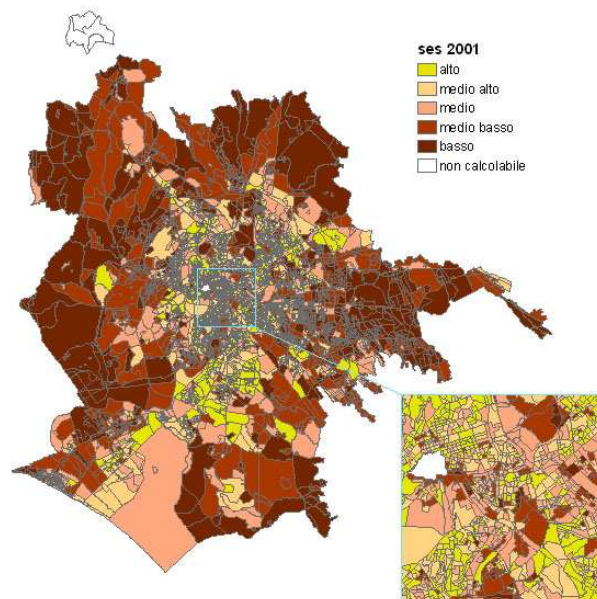


Nel sistema sanitario italiano, così come nel Lazio, diversi studi riportano significative correlazioni tra gli indicatori di livello socioeconomico e alcuni indicatori di salute, come il tasso di mortalità, e l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie.

Nel Lazio, l'analisi della correlazione dell'indice di istruzione con i tassi di ospedalizzazione evitabile per cause ha fatto registrare significativi aumenti dell'ospedalizzazione evitabile per cause come diabete e scompenso cardiaco nei distretti con valori più elevati dell'indice rispetto a quelli più istruiti e socio-economicamente avvantaggiati.

A livello del Comune di Roma, un indicatore di posizione socioeconomico, costruito in base ai dati del Censimento della popolazione 2001, articolato in 5 livelli, dal più alto (1) al più basso (5) ha permesso di caratterizzare la popolazione residente nelle varie sezioni di censimento in relazione a diverse dimensioni di svantaggio sociale: istruzione, occupazione, condizione abitativa, composizione familiare, immigrazione (cfr: Cesaroni G, Agabiti N, Rosati R et al. Un indicatore sintetico di posizione socioeconomico basato sui dati del censimento 2001 per la città di Roma. *Epidemiol Prev* 2006; 30(6): 352-357). Secondo questo indicatore il 19% dei residenti abita in sezioni di censimento classificate con un alto livello socioeconomico, localizzate in gran parte nelle zone centrali, mentre il 21% risiede in sezioni di basso livello (figura 4).

Figura 4 – Indicatore di posizione socioeconomica nel Comune di Roma.  
Dati del Censimento della popolazione 2001



Riguardo alla correlazione dell'indicatore di posizione socioeconomica con i principali indicatori di salute sono documentati significativi aumenti della mortalità (figura 5) e dei tassi di ospedalizzazione (figura 6) nelle zone maggiormente deprivate rispetto a quelle più istruite e socio-economicamente avvantaggiate (Fonte: informazioni sulla salute della popolazione. Roma 2001-2005)

Figura 5 – Tassi di mortalità (per 100.000 residenti)  
per tutte le cause, per indicatore di posizione socioeconomica. Uomini e donne

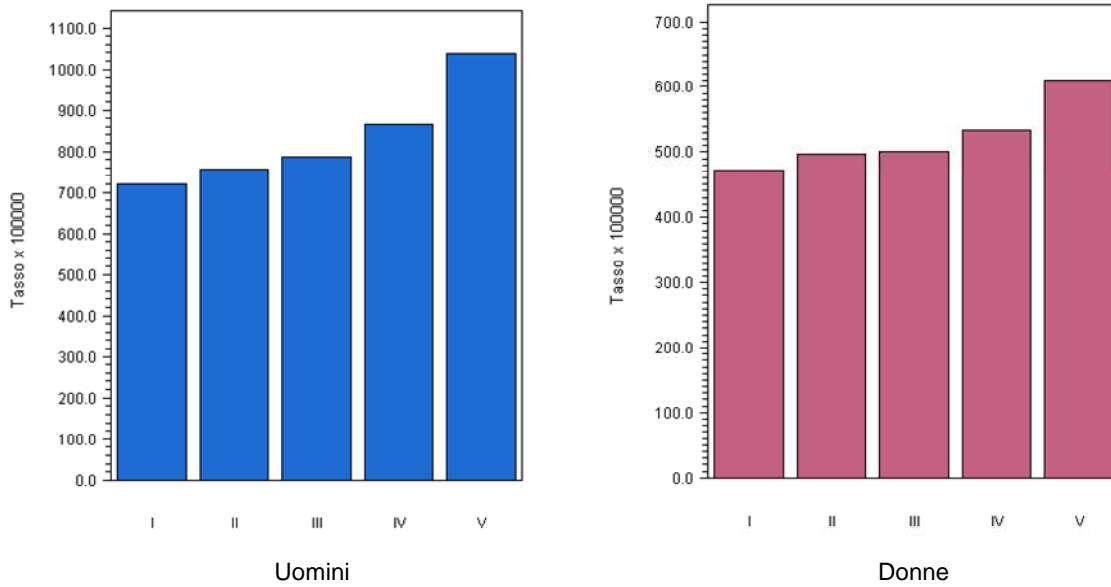
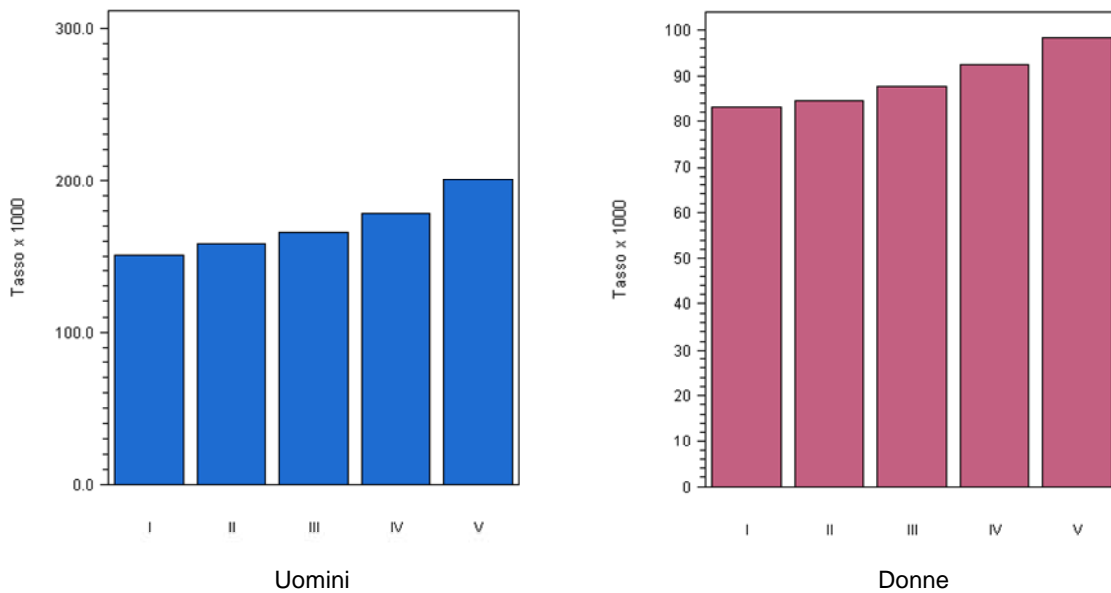


Figura 6 – Tassi di ospedalizzazione (per 100.000 residenti)  
per tutte le cause, per indicatore di posizione socioeconomica. Uomini e donne



## La mortalità

In tabella 4 viene riportata la mortalità per causa in ordine decrescente di frequenza riferita alla popolazione della regione Lazio e all'anno 2007. La mortalità in frequenze assolute è divisa per sesso, nell'ultima colonna è rappresentata la proporzione di decessi di persone ultra settantacinquenni.

Tabella 4 - Decessi per causa, per uomini, donne e soggetti di età  $\geq$  a 75 anni. Lazio, 2007

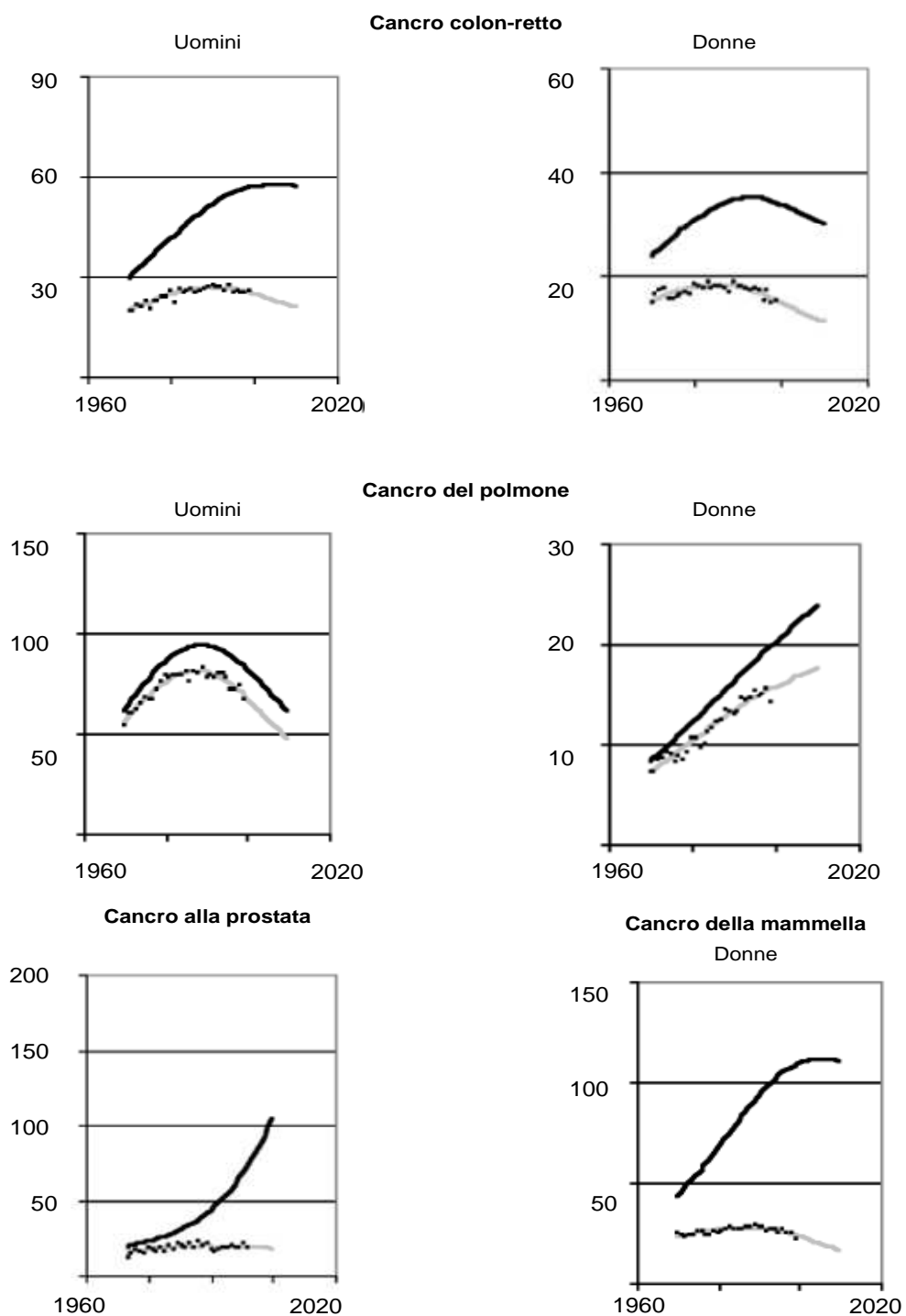
ANNO 2007

Causa	genere		Totale	%	% $\geq$ 75 anni
	maschi	femmine			
malattie ischemiche del cuore	3602	3286	6888	13,3	74,1
altre malattie del sistema circolatorio	2550	3127	5677	10,9	78,1
disturbi circolatori encefalo	2263	3293	5556	10,7	84,1
tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni	2705	995	3700	7,1	45,0
malattie apparato respiratorio	1626	1357	2983	5,7	80,2
malattia ipertensiva	1003	1887	2890	5,6	87,3
traumatismi e avvelenamenti	1449	1093	2542	4,9	51,1
tumori maligni degli organi genitourinari	1523	928	2451	4,7	59,0
malattie apparato digerente	1074	1011	2085	4,0	62,6
malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo	809	1060	1869	3,6	70,6
malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	696	990	1686	3,2	74,9
tumori maligni delle ossa, tessuto connettivo, della pelle e della mammella	225	1249	1474	2,8	41,0
tumori maligni del colon	766	665	1431	2,8	57,6
tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico	753	643	1396	2,7	50,5
tumori maligni di altre e non specificate sedi	550	566	1116	2,1	51,0
tumori maligni del pancreas	429	483	912	1,8	47,1
tumori maligni stomaco	487	411	898	1,7	54,6
tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	502	286	788	1,5	52,8
malattie apparato genitourinario	378	370	748	1,4	80,2
disturbi psichici	270	441	711	1,4	80,0
sintomi, segni e stati mal definiti	277	381	658	1,3	84,5
tumori benigni, carinomi e di incerta natura	285	245	530	1,0	64,2
tumori maligni del retto, della giunzione rettosigmoidea e ano	243	205	448	0,9	55,4
malattie infettive e parassitarie	224	197	421	0,8	48,9
tumori maligni del della vescichetta biliare e dei dotti biliari extraepatici	112	177	289	0,6	53,6
tumori maligni labbra, cavità orale e della faringe	160	94	254	0,5	35,4
tumori maligni di altre e mal definite sedi apparato digerente e del peritoneo	125	114	239	0,5	64,4
malattie del sangue e degli organi ematopoietici	91	134	225	0,4	72,9
malformazioni congenite	105	98	203	0,4	12,3
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	59	125	184	0,4	66,8
tumori maligni della laringe	128	19	147	0,3	47,6
tumori maligni esofago	105	40	145	0,3	40,0
condizioni morbose di origine perinatale	78	59	137	0,3	0,0
tumori maligni della pleura	54	14	68	0,1	39,7
tumori maligni del retroperitoneo e del peritoneo	20	36	56	0,1	57,1
tumori maligni del timo, cuore e mediastino	26	24	50	0,1	48,0
malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	15	32	47	0,1	78,7
tumori maligni intestino tenue compreso duodeno	16	4	20	0,0	75,0
tumori maligni cavità nasali orecchio medio	12	3	15	0,0	40,0
tumori maligni di altre e mal definite sedi apparato respiratorio e degli altri	6	0	6	0,0	33,3
complicazioni gravidanza del parto e del puerperio	0	1	1	0,0	0,0
<b>Totale</b>	<b>25801</b>	<b>26143</b>	<b>51944</b>	<b>100,0</b>	<b>67,3</b>

Nel Lazio, come nel resto d'Italia, si evidenzia negli ultimi anni una tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità per tutte le cause, in particolare per le malattie del sistema circolatorio che tuttora rappresentano la principale causa di morte, con differenze notevoli fra i due sessi. Si registra contemporaneamente una diminuzione della mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo, dato in linea con la riduzione della mortalità per ictus nei paesi industrializzati.

Il tumore del polmone rappresenta, fra i tumori maligni, la prima causa di morte negli uomini, ma è in progressivo aumento nelle donne, nelle quali si registra invece una tendenza al calo della mortalità per tumore della mammella. La figura 7 illustra gli andamenti dell'incidenza e dei rispettivi tassi di mortalità per i principali tipi di tumore, dal 1960 a oggi con proiezioni al 2020 (cfr: Grande E, Inghelmann R, Francisci S et al. Regional estimates of all cancer malignancies in Italy. Tumori 2007; 93: 329-336).

*Figura 7 – Stime di incidenza (linea nera) e mortalità (linea grigia) per i principali tipi di tumore (tassi standardizzati per età X 100.000 anni persona, uomini, donne, età 0-84 anni, Lazio): confronto con i dati di mortalità osservati (punti)*





### Le cause principali di ricorso ai servizi sanitari

Lo stato di salute della popolazione del Lazio appare fortemente influenzato da patologie croniche. Dai dati ISTAT (Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" - anno 2008), emerge come il 38,8% dei residenti nel Lazio è portatore di almeno una patologia cronica, le persone con almeno 2 malattie croniche sono il 21,3% ed esistono nette differenze di genere a svantaggio delle donne. Le condizioni croniche, delle quali l'artrosi, il diabete, l'ipertensione e i disturbi respiratori sono, secondo l'indagine ISTAT le più diffuse, pur dando luogo a bisogni assistenziali per i quali le risposte territoriali sono maggiormente efficaci, necessitano delle cure ospedaliere in occasione di eventi acuti o di fenomeni di riacutizzazione riconducibili all'evoluzione progressiva del quadro clinico.

Per tali motivi il ricorso all'ospedale continua ad essere un importante indicatore di morbosità, per quanto fortemente influenzato dalle dinamiche organizzative che ne hanno determinato una flessione negli ultimi anni, come illustrato in tabella 5.

Tabella 5 - Tassi grezzi complessivi di ospedalizzazione nel Lazio. Triennio 2006-2008

Tipologia Assistenziale	2006	2007	2008
Acuti Ordinari	133,8	124,1	119,9
Acuti DH	75,2	62,5	61,4
Riabilitazione e Lungodegenza	10,4	10,1	9,8
Mobilità Passiva	14,0	13,4	12,9
Totale	233,4	210,1	204,0

La riduzione del tasso di ospedalizzazione, del 15% circa in 3 anni, è dovuta principalmente all'effetto della costante diminuzione dei ricoveri ordinari e della flessione del DH, registratasi in particolare fino al 2007, entrambe attribuibili al progressivo trasferimento di prestazioni dal regime ordinario al DH e da quest'ultimo al regime ambulatoriale.

La tabella 6 mostra le dimissioni in regime ordinario e le rispettive quote proporzionali per grandi gruppi di cause nell'anno 2009.

Tabella 6 - Dimissioni per acuti SSN (valori assoluti e %). Lazio, anno 2009

	n	%
a. Malattie infettive (001-139)	11722	1,7
b. Tumori (140-239)	80832	11,6
c. Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (240-279)	19027	2,7
d. Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)	6581	1,0
e. Disturbi mentali (290-319)	13770	2,0
f. Malattie sistema nervoso (320-389)	30146	4,3
g. Malattie del sistema circolatorio (390-459)	114454	16,5
h. Malattie app. respiratorio (460-519)	51804	7,5
i. Malattie app. digerente (520-579)	66955	9,6
j. Malattie sistema genitourinario (580-629)	45571	6,6
k. Complicazioni gravidanza, parto e puerperio (630-677)	72310	10,4
l. Malattie cute e tessuto sottocutaneo (680-709)	8992	1,3
m. Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo (710-739)	41155	5,9
n. Malformazioni congenite (740-759)	8253	1,2
o. Manifestazioni morbose origine perinatale (760-779)	1595	0,2
p. Sintomi segni e stati morbosi mal definiti (780-799)	35906	5,2
q. Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	57561	8,3
r. Fattori che influenzano lo stato di salute (V01-V82)	28944	4,2

Nella tabella 7 sono riassunti i tassi di ospedalizzazione per causa negli ultimi 5 anni. Si nota l'andamento in diminuzione del tasso di ricovero per alcune cause (tumori, cardiopatia ischemica e ictus) e quello sostanzialmente stabile per altre (diabete, scompenso cardiaco).

Tabella 7 – Tassi di ospedalizzazione (per 1000 ab)

Anni di riferimento: 2005-2006-2007-2008-2009 – Dimissioni per acuti SSN, ordinari					
	tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti				
	2005	2006	2007	2008	2009
a. Diabete mellito (250) età>18 anni	1,2	1,3	1,0	1,0	0,9
b. Stati psicotici organici senili e presenili (290) e morbo di Alzheimer (331.0)	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3
c. Tumore del polmone (162.0 – 162.9)	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9
d. Tumore della mammella (174.0 – 174.9)	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9
e. Tumore del colon-retto (153.0 – 154.8)	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0
f. Tutti i tumori maligni (140 – 208.9)	11,2	11,2	10,8	10,7	10,7
g. Tumore dello stomaco (151.0 – 151.9)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
h. Tumore della cervice uterina (180.0 – 180.9)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
i. Tumore della prostata (185)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
j. Cardiopatia ischemica compreso IMA (410 – 414)	5,7	5,6	5,2	4,9	4,8
k. Scompenso cardiaco (428)	3,0	3,2	3,0	3,0	3,1
l. Malattie cerebrovascolari acute (430-438)	5,0	4,9	4,6	4,5	4,2
m. Bronchite cronica, enfisema e asma (491 – 493)	2,1	1,6	1,3	1,2	1,0

(tra parentesi i codici ICD9-CM presenti in diagnosi principale)

### Stime di occorrenza di alcune patologie

Si stima che ogni anno nel Lazio si verifichino circa 20.000 primi episodi di sindromi coronariche acute, 9 ogni 1.000 maschi e 4 ogni 1.000 femmine di età superiore ai 35 anni. Circa un quinto di questi eventi porta al decesso prima che sia possibile raggiungere l'ospedale e la fatalità a 30 giorni è mediamente del 15-20%, in calo laddove si riesce ad assicurare un tempestivo ricorso alle procedure di rivascolarizzazione. Il genere femminile è un fattore di rischio per la letalità.

Lo scompenso cardiaco è la più importante causa di ospedalizzazione nella fascia di età oltre i 65 anni: nel Lazio si stimano in circa 63.000 i soggetti con più di 65 anni affetti da scompenso cardiaco.

Ogni anno nella popolazione del Lazio sopra i 35 anni si verificano circa 10.000 eventi cerebrovascolari acuti, l'80% dei quali in persone sopra i 65 anni, si osservano più di 9.000 ricoveri ordinari per acuti, mentre i casi prevalenti oscillano tra 30.000 e 45.000. Ogni anno gli eventi cerebrovascolari acuti sono identificati come causa principale di 3.100 decessi, la grande maggioranza dei quali riguarda persone con più di 75 anni.

Secondo stime recenti ogni anno nel Lazio vengono diagnosticati circa 25.000 nuovi casi di tumore maligno in persone fra 0 e 84 anni, 5 ogni 1.000 maschi (soprattutto cute, prostata, polmone, vescica e colon) e 4 ogni 1.000 femmine (soprattutto mammella, cute, colon, polmone e stomaco). Le persone viventi con una diagnosi di tumore maligno sono circa 170.000.

Fra le patologie a più alta prevalenza si colloca la broncopneumopatia cronica ostruttiva con 223.000 casi stimati nel Lazio (8% tra i maschi e 6% tra le femmine sopra i 35 anni), oltre 13.000 ricoveri ospedalieri ordinari per acuti/anno in cui la BPCO è indicata come diagnosi principale e altri 26.000 in cui essa figura come diagnosi secondaria.

La prevalenza del diabete nel Lazio è stimata intorno al 5%, per un numero totale di diabetici pari a circa 280.000, di cui circa il 37% soffre di almeno una complicanza, mentre il 14% è in dialisi per nefropatia diabetica.

Le patologie neurodegenerative dell'anziano generano un limitato numero di ricoveri ospedalieri (nel 2009 lo 0,3%) ma sono responsabili di un forte impatto sui servizi e sulle famiglie. Trasponendo al Lazio i dati dello studio ILSA (*Italian Longitudinal Study on Aging*) che ha prodotto stime di prevalenza variabili da 2,5% a 6,8%, si ottengono valori di numerosità assoluta che oscillano fra le 27.000 e le 75.000 persone.

Negli ultimi dieci anni, si è verificata una riduzione del numero di notifiche per gran parte delle malattie infettive, soprattutto quelle per cui le politiche vaccinali attuate hanno garantito buoni livelli di copertura. In particolare, la maggior parte delle tendenze positive è legata al miglioramento delle coperture delle vaccinazioni dell'infanzia, all'introduzione di nuove campagne di vaccinazione (morbillo, parotite, rosolia) o all'offerta attiva e gratuita del vaccino (*Haemophilus influenzae B*). Allo stesso tempo la riduzione delle notifiche non è generalizzata a tutte le malattie infettive e, mentre alcune hanno mantenuto un'incidenza simile a dieci anni fa, per altre si registra un leggero aumento dei casi (tubercolosi) o addirittura un aumento marcato (legionella). In tabella 8 è indicato l'andamento del numero di notifiche per alcune malattie infettive nel corso degli ultimi 10 anni.

*Tabella 8 –Malattie infettive di classe I, II e III. Distribuzione per anno di notifica. Lazio, 1999-2009.*

CLASSE	DESCRIZIONE	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Classe I	Influenza con isolamento virale		11		3	3	7	28	15	23	1	182
	Tetano	5	4	1		5	3	3	8	7	7	4
Classe II	Epatite virale A	165	121	133	201	172	217	160	156	156	166	198
	Epatite virale B	226	251	234	188	177	147	140	182	181	140	108
	Epatite virale C	65	60	47	44	47	45	36	35	41	31	26
	Legionellosi	17	19	27	68	89	66	105	70	85	132	116
	Meningite meningococcica	27	24	17	24	30	35	39	27	22	30	32
	Meningite purulenta a eziologia scon.	24	36	23	31	25	29	61	28	34	37	39
	Meningo-encefalite acuta virale	114	91	105	87	71	70	132	81	73	75	81
	Morbillo	68	546	77	1444	836	49	43	306	170	365	39
	Parotite epidemica	4.393	1.899	988	474	312	210	237	181	128	152	101
Rosolia	120	420	155	641	97	59	47	28	80	405	21	
Classe III	Tubercolosi polmonare	382	356	438	389	387	444	505	436	554	460	436
	Tubercolosi extra-polmonare	93	85	81	80	89	87	81	76	78	85	80
	Tubercolosi polm. + extrapolm.	29	34	26	26	34	41	26	37	52	38	35
	HIV	794	649	645	600	572	630	564	708	655	603	550
	AIDS	338	282	294	264	279	252	232	210	228	193	163

Fonte: Sistema Informativo delle Malattie Infettive e dei casi di nuova diagnosi di infezione da HIV e di AIDS

La tubercolosi ha interrotto la tendenza alla riduzione dei casi notificati, che si era manifestata negli anni '80, fenomeno questo principalmente associato all'aumento della popolazione straniera ed in particolare di quella proveniente dall'Europa orientale. Inoltre, si è osservato in alcuni casi un ritardo nell'effettuazione della diagnosi con conseguente ritardo nella strategia di controllo della trasmissione dell'infezione a contatti secondari del caso indice. Per quanto riguarda l'infezione da HIV, le nuove diagnosi sono stabili se non in leggero declino. Mostrano invece un andamento in diminuzione i casi di AIDS grazie all'efficacia delle terapie antiretrovirali di combinazione. Alla fine del 2008, circa 12.000 persone HIV positive erano seguite dalle strutture sanitarie della regione e il numero dei casi prevalenti è in continuo aumento (circa 400-500 ogni anno). Il fenomeno più rilevante oggi alla base del limitato declino dei nuovi casi di infezione è la non consapevolezza della propria sieropositività (in alcuni paesi europei è stimata intorno al 25% dei prevalenti).

### **Gli stili di vita e i fattori di rischio su base individuale**

E' noto come numerose patologie, quali ad esempio quelle del sistema circolatorio, riconoscano un'eziologia multifattoriale: più fattori di rischio (età, sesso, abitudine al fumo di sigaretta, elevata pressione arteriosa, etc.) contribuiscono contemporaneamente al loro sviluppo. I fattori di rischio sono caratteristiche che aumentano la probabilità di insorgenza della patologia. Essi si dividono in fattori di rischio non modificabili quali ad esempio l'età e la familiarità per una certa patologia, e fattori di rischio modificabili principalmente attraverso cambiamenti dello stile di vita. E' per questo motivo che l'adozione di stili di vita più salutari ha un ruolo centrale nella prevenzione delle patologie (prevenzione primaria), in particolare di quelle croniche.

I maggiori fattori di rischio, associati alla mortalità prematura (morte prima dei 65 anni) sono il fumo, l'eccessivo consumo di alcool, una dieta non salutare e l'assenza di attività fisica.

Di seguito sono brevemente illustrate alcune delle informazioni raccolte attraverso il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Esso si propone di effettuare un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta residente (18-69 anni), attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini e degli stili di vita potenzialmente oggetti di interventi di prevenzione.

I dati presentati si riferiscono all'anno 2009 e non comprendono quelli relativi alla ASL Roma F.

### ***L'abitudine al fumo***

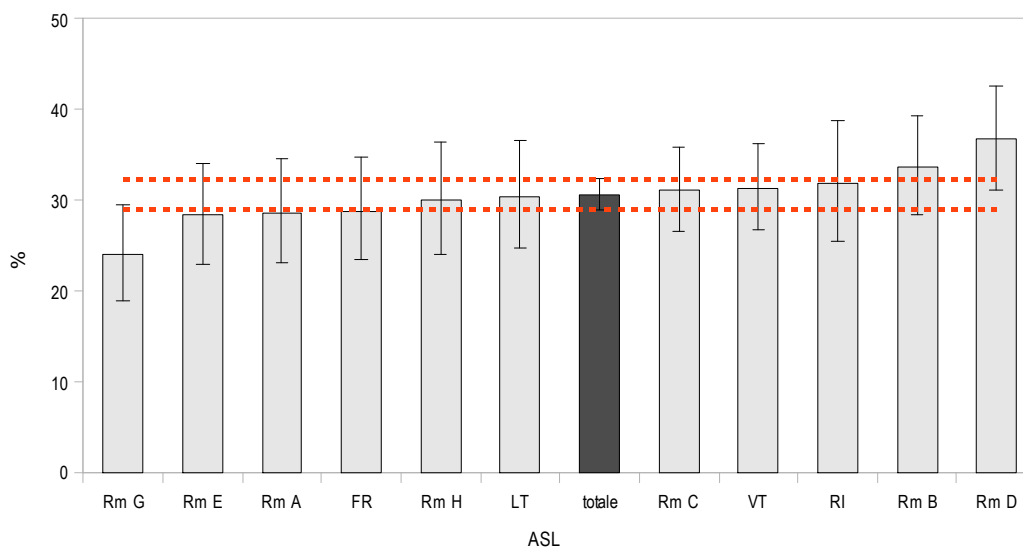
Nel 2009, l'abitudine al fumo nella regione Lazio è così distribuita: i fumatori sono il 30% (compreso l'1% che non fuma da meno di sei mesi – fumatori in astensione), gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 50%<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> :fumatore: persona che ha fumato almeno 100 sigarette nella vita (5 pacchetti) ed attualmente fuma, fumatore in astensione: fumatore che sta tentando di smettere e riferisce di non fumare da meno di sei mesi, ex-fumatore: persona che ha fumato almeno 100 sigarette nella vita, che non fuma da oltre sei mesi, non fumatore: persona che non ha mai fumato e che attualmente non fuma.

Come mostrato in figura 8, nel confronto tra ASL si evidenziano differenze significative nella prevalenza dei fumatori: la ASL Roma D presenta il valore più alto (37%), mentre la ASL Roma G quello più basso (24%); nessuna ASL presenta differenze statisticamente significative rispetto al valore medio regionale.

Figura 8 – Fumatori, percentuale per ASL e IC95%. Lazio, 2009



L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (32% vs. 27%). La probabilità di essere fumatore aumenta al crescere delle difficoltà economiche, è inversamente associata al livello d'istruzione ed è più elevata negli uomini e nella fascia di età 25-34 anni. Il numero dichiarato di sigarette fumate in media al giorno è 14. L'8% dei fumatori dichiara di fumare più di 20 sigarette al giorno ("forti fumatori").

Due fumatori su tre hanno riferito di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti, il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario. Il dato evidenzia un discreto livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se con notevoli differenze tra le varie ASL: il valore più elevato si registra nella ASL Roma B (76%) e il valore più basso nella ASL Roma G (48%).

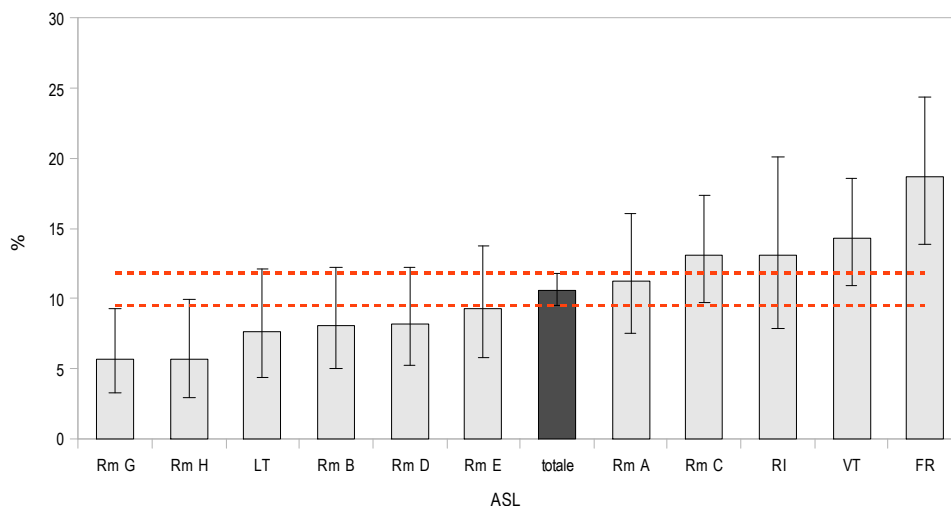
### **Consumo di Alcool**

Nel Lazio, la percentuale di persone che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica (una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è del 52% (dati 2009). Non si evidenziano differenze significative nella percentuale di bevitori tra le ASL del Lazio, ad eccezione della Roma G (range: ASL Roma G 30% - ASL di Frosinone 59%).

Il consumo di alcol è più diffuso tra gli uomini, nelle fasce di età più giovani e nelle persone con alto livello di istruzione. La differenza riscontrata per livello economico non risulta statisticamente significativa.

La percentuale complessiva di bevitori a rischio<sup>2</sup> nelle 11 ASL è pari al 10,6%. La percentuale è significativamente inferiore a tale valore nella ASL Roma G (5,7%) e significativamente superiore nella ASL di Frosinone (18,7%), come mostrato in figura 9.

Figura 9 – Bevitori a rischio, percentuale per ASL e IC95%. Lazio, 2009



Il consumo di alcol a rischio è più diffuso tra gli uomini, nelle fasce di età più giovani e nelle persone con livello economico più basso. In particolare il consumo di alcol in maniera smodata (binge drinking<sup>3</sup>), è riferito dal 4% degli intervistati e si associa in maniera statisticamente significativa con la giovane età (18-24 anni) e il sesso maschile, senza un particolare gradiente socio-economico. La percentuale più elevata di bevitori binge viene riferita nella ASL di Frosinone (10%).

Solo una piccola parte degli intervistati (14%) riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol. Ancora più bassa la percentuale di bevitori a rischio che ha ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario (8%). L'attenzione degli operatori sanitari al problema alcol rimane quindi molto bassa, benché il consiglio da parte dei sanitari risulti tra le misure efficaci nel ridurre il consumo dell'alcol.

### Obesità

Sulla base dei dati PASSI relativi al 2009, si stima che nel Lazio una quota rilevante (41%) degli adulti 18-69enni presenti un eccesso ponderale: in particolare il 31% risulta essere in

<sup>2</sup> Bevitori a rischio: chi ha bevuto 6 o più unità in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 30 giorni; chi beve prevalentemente o solo fuori pasto; un uomo che beve più di 3 bevande alcoliche al giorno o una donna che beve più di 2 bevande alcoliche al giorno.

<sup>3</sup> Bevitori binge o binge drinking: consumo di sei o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione, almeno una volta al mese. Forti bevitori: più di due unità di alcol per gli uomini, più di una per le donne secondo la definizione Inran 2008.

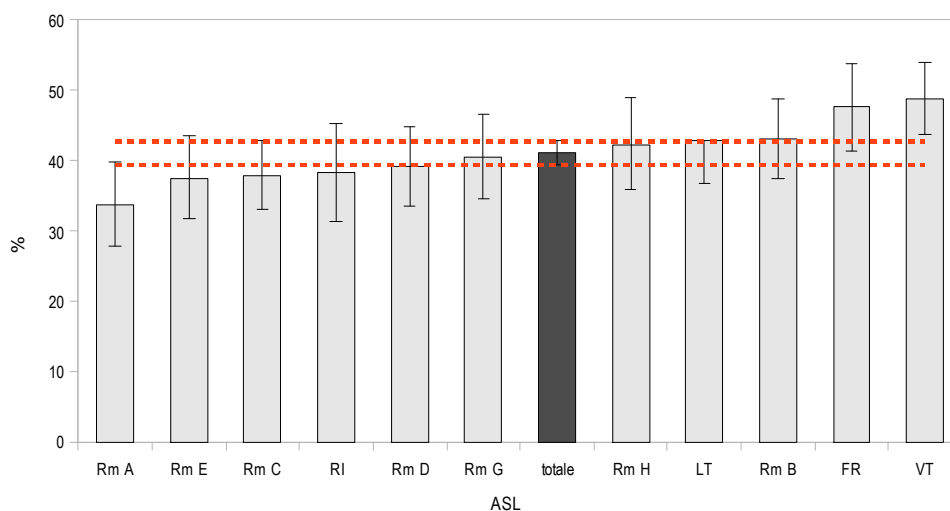
sovrappeso e il 10% è obeso. La stima corrisponde in Regione ad oltre un milione di persone in sovrappeso e a quasi 400.000 obesi.

L'eccesso ponderale è più diffuso:

- al crescere dell'età
- negli uomini
- nelle persone con basso livello di istruzione
- nelle persone con maggiori difficoltà economiche

Nel confronto fra le ASL del Lazio (figura 10) emerge una discreta eterogeneità nella prevalenza di persone in eccesso ponderale (range: ASL Rm E 37% - 49% ASL VT) ma, ad eccezione di Viterbo, non si registrano differenze statisticamente significative rispetto alla media regionale.

Figura 10 – Persone in eccesso ponderale, percentuale per ASL e IC95%. Lazio, 2009



Per quanto riguarda l'atteggiamento degli operatori sanitari, si rileva come più della metà delle persone in eccesso ponderale riceva il consiglio di perdere peso; minore è la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di praticare attività fisica. In particolare il consiglio degli operatori sanitari è essenzialmente rivolto alle persone obese (86%), meno a quelle in sovrappeso (51%).

### **Attività Fisica**

Nel Lazio, il 34% delle persone intervistate sono risultate fisicamente attive, il 35% parzialmente attive ed il 31% sedentarie<sup>4</sup>

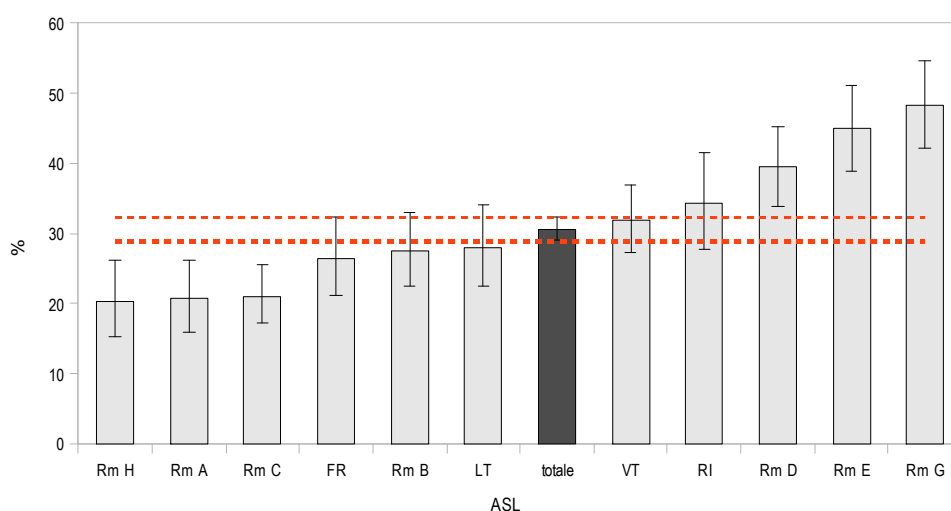
<sup>4</sup> fisicamente attivo: effettua un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica (almeno 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana o almeno 20 minuti di attività intensa min per almeno 3 giorni alla settimana), parzialmente attivo: non fa un lavoro pesante (o non lavora) e non raggiunge i livello di attività raccomandati pur praticando qualche attività fisica, sedentario: persona che non fa un lavoro pesante (o non lavora) e non pratica alcuna attività fisica.

Le persone sedentarie non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. In particolare, la sedentarietà è significativamente più diffusa:

- nelle fasce d'età più avanzate
- nelle donne rispetto agli uomini
- al diminuire del livello d'istruzione
- nelle persone con difficoltà economiche.

Tra le 11 ASL (figura 11) si rileva una notevole disomogeneità con tre ASL in cui la percentuale è significativamente inferiore al valore complessivo (Rm H, Rm A, Rm C) e tre ASL in cui è significativamente superiore (Rm D, Rm E, RmG).

Figura 11 – Persone sedentarie, percentuale per ASL e IC95%. Lazio, 2009



## I rischi nell'ambiente di vita e di lavoro

### ***Infortunati e malattie professionali***

Gli infortuni sul lavoro e le patologie correlate al lavoro rappresentano per frequenza, incidenza e mortalità, un rilevante problema di sanità pubblica in un contesto produttivo come quello del Lazio, caratterizzato dalla cospicua presenza sul territorio di aziende con un numero di dipendenti inferiore a 10 (micro e piccole imprese). Nel periodo 2000-2008 i dati mostrano un aumento del numero di infortuni denunciati (+2,6%), ma se si escludono quelli "in itinere" e quelli relativi a categorie speciali si nota una diminuzione del numero di questi eventi (-9%, da 53.853 nel 2000 a 49.045 nel 2008). A tale riduzione contribuiscono soprattutto i lavoratori di sesso maschile, mentre tra le donne si è registrato un incremento del 6,2%. E' aumentata invece la frequenza di eventi infortunistici tra i lavoratori nati in paesi a forte pressione migratoria relativamente a tutte le diverse tipologie di infortunio. L'aumento riguarda gli anni dal 2006 al 2008 ed è pari a circa il 14%; la classe di età più colpita è quella tra 30 e 39 anni. Le malattie professionali rappresentano uno dei temi prioritari per la promozione e la tutela della salute nei luoghi di lavoro, ed anche un settore sul quale grava sempre più l'emergenza di nuove patologie correlate a rischi nuovi e/o diversificati rispetto al passato. Tuttavia ad oggi



la conoscenza di queste patologie risente delle criticità del sistema informativo ad esse dedicato, per cui i dati a disposizione rappresentano la punta emergente di un fenomeno le cui dimensioni non sono ancora ben definite.

Le tabelle 9 e 10 presentano alcuni dati, tratti Rapporto regionale INAIL 2008, che mostrano elementi di contesto occupazionale e dei danni relativi alla situazione nella Regione Lazio.

Tabella 9 – Infortuni denunciati per genere, classe di età e anno di accadimento.

Anni 2005-2008

Genere	età	2005*		2006		2007		2008	
		n	%	n	%	n	%	n	%
F	<18	20	0,1	22	0,1	21	0,1	15	0,1
	18-29	2820	17,0	2848	16,9	2775	16,8	2621	16,0
	30-39	4622	27,8	4698	27,9	4532	27,4	4323	26,3
	40-49	4822	29,1	4827	28,7	4919	29,7	4877	29,7
	≥50	4202	25,3	4314	25,7	4218	25,5	4507	27,5
	nd	112	0,7	107	0,6	73	0,4	64	0,4
	<b>totale</b>		<b>16598</b>	<b>100,0</b>	<b>16816</b>	<b>100,0</b>	<b>16538</b>	<b>100,0</b>	<b>16407</b>
M	<18	92	0,3	97	0,3	92	0,3	71	0,2
	18-29	7832	22,7	7338	21,9	7426	22,4	7428	22,8
	30-39	10709	31	10409	31,0	10110	30,5	9705	29,7
	40-49	8931	25,8	8803	26,2	8687	26,2	8685	26,6
	≥50	6861	19,8	6740	20,1	6717	20,2	6653	20,4
	nd	146	0,4	163	0,5	159	0,5	96	0,3
	<b>totale</b>		<b>34571</b>	<b>100,0</b>	<b>33550</b>	<b>100,0</b>	<b>33191</b>	<b>100,0</b>	<b>32638</b>
nd	nd	0							
<b>TOTALE</b>		<b>51169</b>		<b>50366</b>		<b>49729</b>		<b>49045</b>	

\* includono gli infortuni occorsi ad apprendisti

Tabella 10 – Infortuni mortali denunciati per genere, classe di età e anno di accadimento dell'evento. Anni 2006-2008

Genere	età	2006*		2007*		2008*	
		n	%	n	%	n	%
F	<18	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	18-29	0	0,0	0	0,0	2	15,4
	30-39	3	42,9	1	20,0	4	30,8
	40-49	1	14,3	3	60,0	1	7,7
	≥50	2	28,6	1	20,0	6	46,2
	nd	1	14,3	0	0,0	0	0,0
	<b>totale</b>		<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>
M	<18	1	1,0	0	0,0	0	0,0
	18-29	15	14,3	14	14,6	13	16,7
	30-39	21	20,0	24	25,0	15	19,2
	40-49	28	26,7	18	18,8	19	24,4
	≥50	40	38,1	39	40,6	30	38,5
	nd	0	0,0	1	1,0	1	1,3
	<b>totale</b>		<b>105</b>	<b>100,0</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>	<b>78</b>
<b>TOTALE</b>		<b>112</b>		<b>101</b>		<b>91</b>	

\*includono infortuni occorsi ad apprendisti

### **Incidenti Domestici**

Nel 2009 in tutta la Regione si sono verificati 119.757 accessi nelle strutture di emergenza per incidente domestico, con un tasso d'incidenza pari a 2.128 per 100.000 residenti. Come illustrato in figura 12, dal 2003 al 2009 il trend degli accessi risulta sostanzialmente costante nel tempo con un'incidenza media annuale pari a 2.185 casi per 100.000 residenti.

*Figura 12 – Accessi alle strutture di emergenza del Lazio per incidente domestico. Incidenza media annuale per 100.000 ab. Anni 2003-2009*



I gruppi di popolazione a rischio sono prevalentemente i bambini tra 0 e 4 anni (5.150 per 100.000) e gli anziani oltre 70 anni (3.291 per 100.000). In generale la probabilità di subire un incidente domestico aumenta dai 50 anni di età per le donne e dai 70 per gli uomini; dopo gli 85 anni, il valore dell'incidenza è evidentemente più alto tra le donne rispetto agli uomini (6.485 e 4.359 per 100.000 rispettivamente). Prima dei 50 anni di età, al contrario, il rischio è maggiore tra gli uomini. Gli arti superiori e inferiori risultano i distretti corporei più colpiti, il distretto corporeo e il tipo di lesione coinvolti non hanno subito variazioni considerevoli negli ultimi anni. Per quanto riguarda l'accesso al PS il codice "triage" prevalente è il verde (85%) e l'84% dei casi viene dimesso a casa.

Per quanto concerne la ripartizione degli accessi alle strutture di emergenza per ASL di residenza dal 2003 al 2009 l'Azienda RMH ha registrato nel 2009 il più elevato tasso d'incidenza (2514 casi per 100.000 residenti). I valori più bassi d'incidenza della Regione, come negli anni precedenti al 2009, continuano ad essere rilevati nelle ASL di Rieti e Viterbo.

### **Incidenti Stradali**

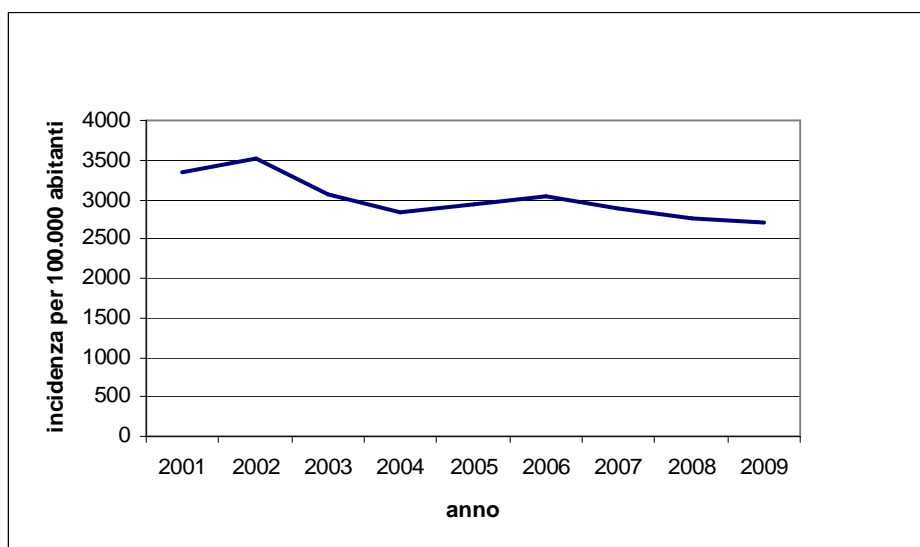
Gli ultimi dati relativi agli accessi alle strutture di emergenza per traumi avvenuti in strada parlano di circa 153.000 eventi, con un leggerissimo calo rispetto al 2008; questi eventi colpiscono la popolazione nelle età giovanili, dai 15 ai 34 anni, prevalentemente gli uomini, ma nessun gruppo di popolazione viene risparmiato da tale fenomeno.

I dati relativi alla popolazione residente nelle diverse ASL del Lazio rivelano che le ASL maggiormente colpite dal fenomeno sono la Roma B e la ASL di Latina. L'osservazione dei

codici triage, utilizzati come proxy della gravità dell'evento, rivela che l'89% degli accessi al PS aveva codici verde e bianco, mentre l'1% aveva triage rosso. L'87,6% delle visite presso le strutture d'emergenza veniva dimesso a casa.

Dal 2001 ad oggi si osserva una diminuzione, seppur lieve dell'incidenza degli accessi al PS per incidenti stradali (figura 13).

*Figura 13 - Andamento temporale dell'incidenza degli accessi al PS per incidente stradale. Lazio, 2001-2009*



### **Alcool e fumo negli ambienti di lavoro**

Nell'ambito del Piano straordinario Regionale di Prevenzione degli Infortuni e Malattie Professionali 2006-2008, programma "Interventi di promozione della salute" è stato sviluppato un progetto a cui hanno partecipato alcuni Dipartimenti di Prevenzione della nostra regione con il supporto della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) e del Dipartimento di Epidemiologia dell'ASL Roma E. Il progetto intendeva sperimentare in alcune ASL della regione un modello di promozione della salute tra i lavoratori esposti a cancerogeni e broncoirritanti finalizzato alla riduzione dell'abitudine al fumo. I risultati dell'indagine conoscitiva preliminare, condotta prevalentemente su operai con medio-basso livello di istruzione, ha messo in evidenza che in media fuma abitualmente il 35% dei soggetti (media 10-20 sigarette), di cui il 50% circa sarebbe disposto a smettere. Il grado di consapevolezza dei rischi è diffuso e quasi il 70% ritiene importante smettere, ma meno della metà parteciperebbe a un corso aziendale per la disassuefazione al fumo. Questi dati indicano che la prevalenza del fumo in alcuni ambienti di lavoro a rischio è ancora alta ma soprattutto evidenziano come la disponibilità al cambiamento del proprio stile di vita sia ancora molto limitata (più del 40% è anche in

sovrappeso).

## **Dati generali sui principali interventi di prevenzione**

### ***Le vaccinazioni in età pediatrica***

Il calendario vaccinale regionale prevede obiettivi di copertura superiori al 95% per sette vaccinazioni dell'età evolutiva, garantendone la gratuità. Queste comprendono le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia (polio, tetano, difterite e epatite B) e altre fortemente raccomandate (morbillo-parotite-rosolia, pertosse e Haemophilus B). Per tutte le vaccinazioni del primo gruppo è stato raggiunto l'obiettivo regionale di copertura superiore al 95%. Il piano nazionale di eliminazione del morbillo parotite e rosolia congenita, avviato nel 2004 ha prodotto vistosi aumenti del tasso di copertura fino al 2007 (anno in cui è stato raggiunto il valore del 95%), dopo il quale si è registrata una flessione (89,6% nel 2009). Altre vaccinazioni (antivaricella, antipneumococco, antimeningococco C) sono suggerite con compartecipazione della spesa da parte della famiglia, oppure l'offerta gratuita è ristretta a particolari gruppi di età o specifiche categorie a rischio. In questi casi i tassi di copertura non sono indicativi.

La campagna di vaccinazione anti-HPV è offerta attivamente e gratuitamente alle bambine nel corso del dodicesimo anno di vita, è stata introdotta nel 2008 con la chiamata attiva delle bambine appartenenti alla coorte di nascita 1997 (50,8% di bambine vaccinate con la terza dose) ed è proseguita nel corso del 2009 con la chiamata attiva delle bambine della coorte di nascita 1998.

### ***La vaccinazione antinfluenzale***

La campagna con offerta attiva e gratuita del vaccino antinfluenzale nel Lazio viene realizzata con il pieno coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta e prevede un sistema di incentivi, tarato sul grado di raggiungimento di specifici obiettivi di performance, e la raccolta di dati nominativi attraverso un sistema informativo dedicato. La copertura vaccinale sugli anziani è passata dal 45,7% nella stagione iniziale 1999-2000 al 67,7%, con un valore massimo pari al 71,5% nella stagione 2005-06. Si stima che i livelli di copertura nelle categorie a rischio per patologie croniche e negli operatori sanitari siano ancora insufficienti rispetto all'obiettivo raccomandato del 75%.

## **Programmi di screening oncologici**

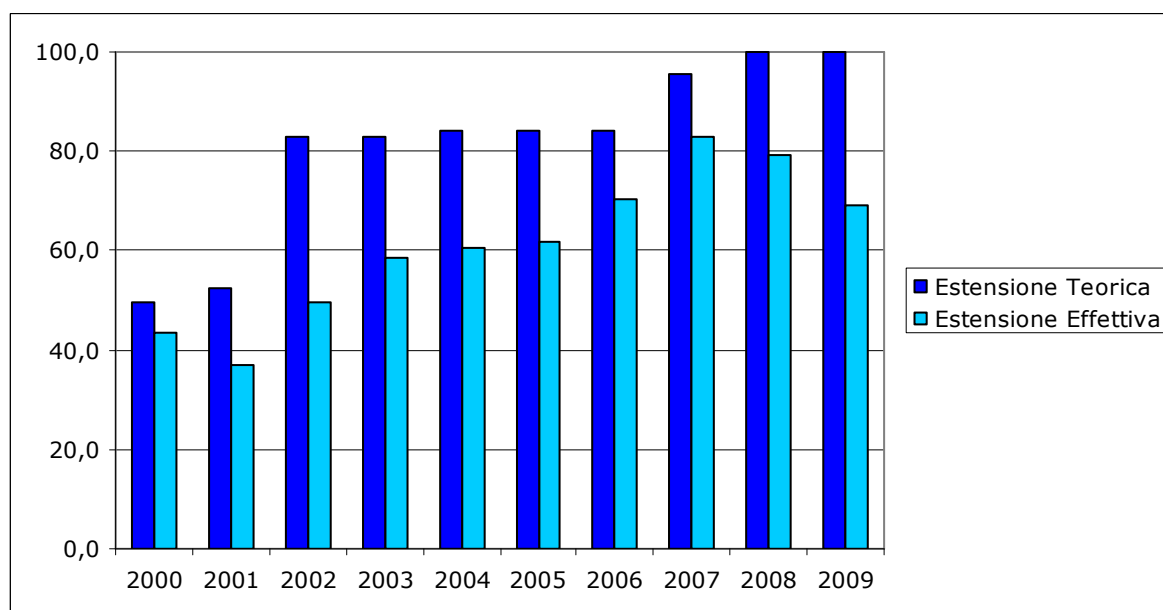
### ***Screening mammografico***

Nel 2009 il Lazio ha raggiunto una estensione teorica del 100%, avendo tutte le ASL attivato la chiamata attiva attraverso la lettera di invito per le donne in fascia target.

La popolazione bersaglio è di circa 730.000 donne da chiamare in due anni (round di screening). L'estensione effettiva dei programmi aziendali, ossia la popolazione realmente

invitata è stata del 69% circa, in calo rispetto al precedente biennio (2007-2008) a causa della sospensione temporanea dei programmi della ASL RM C e Rieti (Figura 14).

Figura 14 – Estensione teorica ed effettiva dei Programmi di Screening della Mammella Lazio, andamento temporale 2000-2009



Le ASL hanno invitato ad effettuare una mammografia di screening circa 254.000 donne di cui 98.000 hanno risposto all'invito effettuando il test di screening (adesione media 41%) (tabella 11). Circa 5.900 hanno proseguito l'iter di screening effettuando gli approfondimenti diagnostici previsti (visita clinica, mammografia, ecografia, ago aspirato o core biopsy), con un indicazione ad intervento chirurgico che ha riguardato 488 donne di cui 313 con conferma istologica di malignità.

Tabella 11 – Volumi di attività dei Programmi di screening della mammella dettaglio per ASL, anno 2009

ASL	popolazione bersaglio annua 50-69 anni	popolazione invitata	popolazione rispondente alla mammografia	inviti inesitati	donne escluse dopo invito	estensione corretta^ (%)	adesione corretta* (%)
RM A	35.670	29.156	8.286	0	12	81,7	28,4
RM B	43.275	43.008	16.214	1.940	1.058	99,4	40,5
RM C	37.856	7.649	2.369	250	869	20,2	36,3
RM D	37.308	30.829	11.729	1.628	1.915	82,6	43,0
RM E	35.824	31.393	8.512	0	0	87,6	27,1
RM F	27.282	15.365	7.289	304	3.504	56,3	63,1
RM G	26.483	21.385	6.247	0	329	80,7	29,7
RM H	31.394	12.421	6.672	260	1.123	39,6	60,4
Viterbo	19.832	21.919	11.226	1.010	293	110,5	54,5
Rieti	9.826	2.814	1.787	1	149	28,6	67,1
Latina	32.426	25.983	12.804	0	0	80,1	49,3
Frosinone	29.756	12.346	5.226	0	470	41,5	44,0
<b>Lazio</b>	<b>366.930</b>	<b>254.268</b>	<b>98.361</b>	<b>5.393</b>	<b>9.722</b>	<b>69,3</b>	<b>41,1</b>

^ Estensione Corretta: invitate anno/popolazione bersaglio annua - totale escluse prima dell'invito;

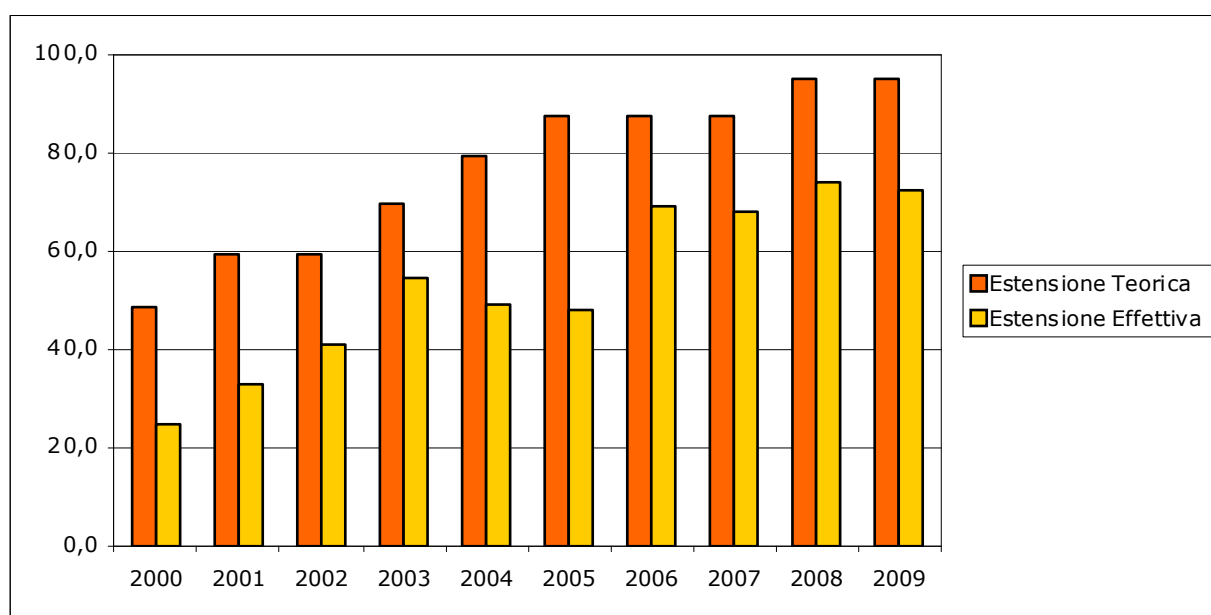
\* adesione corretta: rispondenti al test/invitate - inviti inesitati e le donne escluse dopo invito.

### **Screening citologico per il tumore della cervice uterina**

Nel 2009 il Lazio ha raggiunto una estensione teorica del 95%, in quanto 11 ASL su 12 hanno la possibilità di offrire il Pap-test su invito attivo alla popolazione bersaglio (1.500.000 di donne da chiamare ogni 3 anni).

La ASL Roma F non ha mai attivato il Programma di Screening se non in forma sperimentale. L'estensione effettiva dei programmi di screening per il tumore del collo dell'utero, ossia la popolazione realmente invitata è stata del 72% circa, in considerazione anche della sospensione temporanea della ASL di Frosinone (Figura 15).

*Figura 15 – Estensione teorica ed effettiva dei programmi di screening della Cervice Uterina. Lazio, andamento temporale 2000-2009*



Le ASL hanno invitato ad effettuare il Pap-test di screening circa 376.000 donne di cui 96.000 circa hanno risposto all'invito effettuando il test di screening (adesione media 27%) (tabella 12).

Circa 2.000 donne hanno proseguito l'iter di screening effettuando l'approfondimento diagnostico previsto attraverso la colposcopia e sono state identificate 259 lesioni di alto grado.

Tabella 12 – Volumi di attività dei Programmi di Screening della Cervice Uterina.

Dettaglio per ASL. Anno 2009

ASL	popolazione bersaglio annua 25-64 anni	popolazione invitata	popolazione rispondente al Pap-test	donne escluse dopo invito	estensione corretta^ (%)	adesione corretta*
RM A	46.282	36.565	5.398	0	79,0	14,8
RM B	79.165	51.635	13.320	721	65,2	26,2
RM C <sup>(1)</sup>	55.638	63.157	13.066	5.802	113,5	22,8
RM D	56.344	42.556	8.488	4.872	75,5	22,5
RM E	51.818	16.400	4.920	1.641	31,6	33,3
RM G <sup>(1)</sup>	42.934	50.932	7.780	0	118,6	15,3
RM H	51.224	23.950	6.390	0	46,8	26,7
Viterbo <sup>(1)</sup>	29.381	29.873	11.156	2.596	101,7	40,9
Rieti	14.413	8.638	3.328	173	59,9	39,3
Latina	49.737	52.362	22.148	2.730	105,3	44,6
Frosinone	43.321	Programma sospeso			-	-
<b>Lazio</b>	<b>520.257</b>	<b>376.068</b>	<b>95.994</b>	<b>18.535</b>	<b>72,3</b>	<b>26,8</b>

(1) I PS hanno una estensione superiore al 100% poiché hanno recuperato un ritardo accumulato nel precedente anno  
Roma F non ha il programma attivo

^ Estensione Corretta: invitate anno/popolazione bersaglio annua - totale escluse prima dell'invito;

\* adesione corretta: rispondenti al test/invitate - inviti inesitati e le donne escluse dopo invito.

### Screening Colonrettale

Nel 2009 le ASL che hanno invitato la popolazione avente diritto erano 5 su 12. La chiamata attiva ha coinvolto circa 98.000 soggetti di cui 39.000 hanno risposto all'invito e hanno effettuato l'esame del sangue occulto. Circa 1.450 persone hanno proseguito l'iter di screening effettuando gli approfondimenti diagnostici previsti; sono stati individuati 253 adenomi avanzati, tra i quali 45 casi operati con diagnosi di malignità e 33 cancro identificati.

Tabella 1. Attività programma di screening -anno 2009

Programmi	popolazione bersaglio annua 50-74 anni	popolazione invitata	popolazione rispondente al FOBT	inviti inesitati	estensione corretta^ (%)	adesione corretta* (%)
RM A	77.510					
RM B <sup>(1)</sup>	8.210	1.737	355	0	21,2	20,4
RM C	83.572					
RM D	82.540	8.530	1.859	255	10,3	22,5
RM E	78.474					
RM F	42.125					
RM G	64.125	8.161	2.178	0	12,7	26,7
RM H	73.789	50.101	26.324	92	67,9	52,6
Viterbo	47.874					
Rieti	24.136					
Latina	76.069	29.617	8.524	5.372	38,9	35,2
Frosinone	71.811					
<b>Lazio</b>	<b>730.231</b>	<b>98.146</b>	<b>39.240</b>	<b>5.719</b>	<b>13,4</b>	<b>42,5</b>

(1) Popolazione Bersaglio ponderata per un mese di attività

^ Estensione Corretta: invitate anno/popolazione bersaglio annua - totale escluse prima dell'invito;

\* adesione corretta: rispondenti al test/invitate - inviti inesitati e le donne escluse dopo invito.

Programma non attivo

## **Bibliografia essenziale**

1. Piano Sanitario Regionale 2010-2012. Suppl. Ord. n.138 al Bollettino Ufficiale Regionale n.28 del 28 luglio 2010.
2. Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Aggiornamento dei dati del Rapporto regionale 2007-2008 (*prossima pubblicazione*).
3. Direzione Risorse Umane e Finanziarie servizio Sanitario Regionale. Relazione Sanitaria Regione Lazio. Aggiornamento dei dati 2008 (*prossima pubblicazione*).
4. Caritas/Migrantes (2009) Immigrazione, Dossier Statistico 2009. Edizioni Idos, Roma.
5. Cesaroni G, Agabiti N, Rosati R et al. (2006) Un indicatore sintetico di posizione socioeconomica basato sui dati del censimento 2001 per la città di Roma. *Epidemiologia e Prevenzione*; 30(6): 352-357.
6. Istituto Nazionale di Statistica. *Annuario statistico italiano 2009*. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo:  
[http://www.istat.it/dati/catalogo/20091120\\_00/contenuti.html](http://www.istat.it/dati/catalogo/20091120_00/contenuti.html); ultima consultazione 10/09/2010.
7. Istituto Nazionale di Statistica. *Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" - anno 2008*. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo:  
[http://www.istat.it/dati/catalogo/20100319\\_01/inf\\_09\\_07\\_vita\\_quotidiana08.pdf](http://www.istat.it/dati/catalogo/20100319_01/inf_09_07_vita_quotidiana08.pdf) ; ultima consultazione 10/09/2010.
8. Grande E, Inghelmann R, Francisci S et al. Regional estimates of all cancer malignancies in Italy. *Tumori* 2007; 93: 329-336. Disponibile all'indirizzo:  
<http://www.tumori.net/it/stime.php?page=monografia>; ultima consultazione 10/09/2010
9. Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica. La sorveglianza degli incidenti domestici nella Regione Lazio. Rapporto 2005-2007.
10. Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica. La sorveglianza degli incidenti domestici nella Regione Lazio. Rapporto 2005-2007.
11. Regione Lazio. Osservatorio Regionale sulla Sicurezza e Prevenzione nei luoghi di lavoro. Infortuni sul lavoro e malattie professionali nel Lazio. Rapporto 2008.

## **Sitografia**

1. Informazioni sulla salute della popolazione. Roma 2001-2005
2. Istat, il territorio italiano:  
[http://noi-italia.istat.it/index.php?id=6&user\\_100ind\\_pi1\[uid\\_categoria\]=4&cHash=01add3427a](http://noi-italia.istat.it/index.php?id=6&user_100ind_pi1[uid_categoria]=4&cHash=01add3427a)
3. Istat, la popolazione italiana:  
[http://noi-italia.istat.it/index.php?id=6&user\\_100ind\\_pi1\[uid\\_categoria\]=4&cHash=01add3427a](http://noi-italia.istat.it/index.php?id=6&user_100ind_pi1[uid_categoria]=4&cHash=01add3427a)



## **CAPITOLO 2.**

### **LE CRITICITÀ**

#### **La situazione politico-istituzionale e il piano di risanamento dal deficit economico**

Negli ultimi anni nella Regione Lazio si è assistito ad un radicale cambiamento degli equilibri che avevano da sempre caratterizzato il contesto politico-istituzionale, ed è progressivamente maturata la consapevolezza di dover identificare al più presto un punto di svolta. In particolare la situazione di disavanzo che si è venuta a creare negli anni, dovuta fra l'altro alla presenza di un servizio sanitario troppo costoso e non efficace in misura corrispondente, ha comportato l'urgenza di attivare riforme in diverse direzioni. Uno dei primi strumenti adoperati in quanto imposto da vincoli di legge è stato il Piano di rientro il quale, recepito con la DGR 149 del 6/3/2007, si poneva diversi obiettivi, i principali dei quali mirati alla razionalizzazione dell'uso dell'ospedale attraverso le seguenti strategie:

- a) adeguamento e riconversione di strutture
- b) ridefinizione dell'offerta delle strutture ospedaliere, in particolare il trasferimento di prestazioni erogabili appropriatamente a livello territoriale
- c) sviluppo delle reti assistenziali, secondo il modello consolidato dell'Hub & Spoke
- d) potenziamento delle attività distrettuali e riorganizzazione delle attività territoriali

La realizzazione di questi obiettivi ha incontrato numerose difficoltà dopo l'emanazione del Piano, sia per quanto riguarda l'applicazione dei criteri per la valutazione di appropriatezza del ricovero ospedaliero, sia per la mancata attuazione delle altre misure di ridefinizione delle attività per acuti. Ciò ha richiesto di prorogare ulteriormente il lavoro di rimodulazione delle finalità del piano di rientro, fino all'avvicendamento politico scaturito dall'esito di nuove elezioni, nell'aprile 2010. Il nuovo presidente della Regione ha assunto l'incarico di Commissario ad acta per la sanità, attivando rapidamente una serie di provvedimenti finalizzati ad un radicale riordino della rete ospedaliera,

Il rapido susseguirsi di misure incentrate sulla riorganizzazione ospedaliera e sul contenimento della spesa non ha certamente favorito una serena evoluzione del sistema prevenzione nella regione Lazio. L'esperienza del precedente Piano 2005-2007 ha risentito fortemente delle criticità accumulate all'interno del sistema sanitario regionale, non solo per la mancanza di risorse certe, ai fini della realizzazione degli obiettivi previsti, ma anche per la precarietà intrinseca dell'asse politico-istituzionale. Per via di tali criticità il sistema regionale non è riuscito a dare pieno sostegno alle strategie individuate dai piani tecnici elaborati per le diverse linee di intervento.

D'altra parte l'assenza di una reale condivisione delle scelte determinato un parziale coinvolgimento di parte delle ASL, che non hanno investito nella prevenzione se non marginalmente.

Inoltre si è evidenziato una disomogeneità di risultati tra le diverse ASL, e tale differenza sembra essere dovuta nell'ambito della "storica debolezza e dallo scarso coordinamento dei programmi di promozione della salute e della prevenzione" (allegato 1 del PSR 2010-2012), tra l'altro all'organizzazione aziendale che generalmente manca di una struttura dedicata al coordinamento delle attività di prevenzione.

Uno degli aspetti maggiormente problematici è stata il limitato, e disomogeneo coinvolgimento dei MMG e dei PLS che rivestono un ruolo di particolare rilievo per le attività di prevenzione e di promozione della salute a livello individuale.

L'impossibilità di aggiungere queste esigenze al percorso di stipula degli accordi di categoria ha livello regionale e aziendale ha fortemente limitato il coinvolgimento dei medici di famiglia nei piani, arenando di fatto il percorso di alcuni progetti chiave, come la prevenzione delle complicanze del diabete (Progetto Igea) e la diffusione della pratica di misurazione del rischio cardiovascolare attraverso l'utilizzo delle carte del rischio dell'ISS. Il coinvolgimento dei MMG è infatti indispensabile per l'avvio concreto dei percorsi assistenziali per la presa in carico dei soggetti con patologie croniche a maggior prevalenza

Allo stato attuale, in virtù della recente emanazione dell'Accordo quadro nazionale per la medicina generale, e della conseguente necessità di procedere alla definizione degli accordi regionali, rappresenta un'opportunità da non perdere l'inserimento delle esigenze di coinvolgimento dei MMG PLS, in particolare nei temi generali e basilari della prevenzione a livello individuale. ai tavoli negoziali regionali e aziendali.

A tal fine appare necessario individuare percorsi specifici per il coinvolgimento dei medici di medicina generale, semplificando le interfacce, definendo le priorità, integrando, armonizzando e sincronizzando le esigenze dei piani della Prevenzione con le esigenze più generali delle singole ASL, così che si possa inserirle nella piattaforme negoziali per la definizione degli accordi regionali e aziendali con i MMG.

## **Capitolo 3**

### **La programmazione regionale**

#### ***Gli elementi di contesto***

La programmazione regionale ha indirizzato nell'ultimo anno la propria attività su numerosi fronti, allo scopo di riposizionare i temi essenziali della sanità entro i confini di un maggiore equilibrio e di introdurre modifiche virtuose della spesa sanitaria per far fronte al disavanzo economico. Il Piano Sanitario Regionale 2010-2012, approvato con Decreto commissariale n.

87 del 18 dicembre 2009, ha rappresentato la cornice di riferimento nella quale trovano spazio i presupposti chiave della riforma, destinati poi ad essere sviluppati in obiettivi specifici di riordino all'interno di una serie di successivi Decreti del Commissario ad acta. Nel PSR 2010-2012 si ridefiniscono le priorità d'azione sulla base del contesto epidemiologico e delle nuove istanze di salute, e viene dato un deciso indirizzo verso la creazione di reti e sinergie non solamente tra i servizi sanitari ma anche tra questi e altri settori della società. Ciò vale anche sul fronte della prevenzione, nell'ambito del quale il Piano sanitario regionale, anche sulla base dell'esperienza maturata con il precedente Piano di prevenzione, individua come netta priorità la lotta ai fattori di rischio legati ad abitudini di vita scorrette, che così pesantemente incidono sui livelli di morbosità e mortalità della popolazione.

Nell'ambito dei successivi decreti scaturiti dagli indirizzi del PSR, dopo il Decreto 48/2010, che stabilisce il piano generale di interventi finalizzati alla razionalizzazione dell'offerta ospedaliera per acuti, della post-acuzie e della riabilitazione e lungodegenza, un ulteriore decreto applicativo (80/2010) getta le basi per una radicale trasformazione dell'offerta sanitaria, disciplinando la chiusura e/o la riconversione di numerose strutture per acuti, formulando una riorganizzazione capillare dei posti letto alla luce delle riconversioni suddette e approvando come nuovo modello di funzioni assistenziali una tipologia di presidio multifunzionale, di pertinenza distrettuale, in cui riconvertire le strutture per acuti disattivate.

Per quanto riguarda l'applicazione del modello di rete Hub & Spoke, adottato dal PSR come principale modello organizzativo dei servizi, sono emanate con ulteriori successivi decreti le reti specialistiche regionali (tra cui quelle cardiologica, oncologica e dell'emergenza) con disattivazione dell'offerta non ricompresa all'interno delle reti stesse.

Siamo ancora lontani dall'immaginare quale sarà l'impatto di questa sostanziale evoluzione del sistema sanitario regionale, ma è possibile identificare fin da ora il potenziale vantaggio derivante sia dalla liberazione di risorse per il potenziamento dei servizi territoriali, che dall'introduzione di nuovi e più efficienti modelli organizzativi come poi prospettato nell'allegato 1 del PSR 2010-12 approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. U0087/2010.

### **Criteri generali e specifici per la pianificazione dei progetti**

Il carattere decisamente innovativo dei recenti emendamenti sulla sanità trova applicazione in gran parte anche nella programmazione regionale degli interventi di prevenzione, come di seguito specificato.

In linea preliminare il piano regionale di prevenzione effettua la scelta degli interventi prioritari sulla base dei dati di contesto illustrati nel capitolo 1 e nel rispetto di criteri espliciti definiti a priori, con evidenti ripercussioni positive in termini di ottimizzazione dell'uso delle limitate risorse disponibili.

In primo luogo la pianificazione si orienta verso l'adozione di una ristretta cerchia di interventi

supportati da prove di evidenza scientifica, abbandonando definitivamente strategie di non documentata efficacia. In secondo luogo si identifica come punto di forza la diffusione più ampia possibile degli interventi prescelti a tutte le fasce di popolazione target; ciò moltiplica l'efficacia, riduce gli sprechi ed è l'unica strada per modificare favorevolmente il pattern degli indicatori di salute a livello di popolazione.

In terzo luogo, sull'onda di un consenso ormai consolidato in ambito sia scientifico che operativo, ci si pone come obiettivo qualitativo la necessità di combinare interventi che rispondono a differenti prospettive: la prospettiva di popolazione, di carattere universale e relativamente indipendente dalle scelte individuali, e la prospettiva della prevenzione mirata sui soggetti ad alto rischio; quest'ultima più impegnativa sul piano degli interventi e della motivazione personale, e che oggi sconfinava spesso in veri e propri modelli assistenziali per la prevenzione delle complicanze a lungo termine. In tal senso sappiamo infatti che la prevenzione dell'insorgenza di uno stato di malattia e delle sue complicanze si avvale di modelli di presa in carico delle persone esposte a importanti fattori di rischio per la salute e/o esposte al peggioramento di malattie in essere. Su questo ultimo punto è necessario sottolineare che la gestione integrata di una patologia per evitarne le complicanze, ha senso in un Piano della Prevenzione solo quando essa è uno degli elementi di contrasto a quella patologia, attraverso ad es. la diminuzione dell'incidenza degli esiti. Ma è essenziale che esso rimanga inserito nel più ampio e principale intervento, che si attua attraverso la riduzione dell'esposizione a fattori di rischio noti, di mantenimento e miglioramento dello stato di salute nella popolazione, la cui componente maggioritaria è quella sana.

La prevenzione individuale e collettiva si realizza mediante azioni che, spesso, possono essere attuate nelle diverse fasi della vita di un individuo, divenendo parte, quindi, di interventi di prevenzione contemporaneamente primaria, secondaria e terziaria; ovviamente ogni tipologia di prevenzione deve anche affrontare problematiche specifiche e realizzare interventi altrettanto specifici.

Gli interventi di prevenzione identificati dal Piano e progettati strategicamente a livello regionale sono declinati a livello locale e realizzati nell'ambito territoriale delle ASL, che rappresentano le strutture maggiormente in grado di garantire una loro adeguata diffusione nell'esclusivo interesse della sanità pubblica.

Eventuali collaborazioni con altri Enti Sanitari, spesso auspicabili, vanno incluse all'interno della progettazione e realizzazione degli interventi delle ASL. Anche esperienze pilota, per quanto preziose, hanno senso se ricondotte in un ambito che consenta di sperimentare la loro diffusibilità e generalizzata sostenibilità.

Più in dettaglio, la formulazione dei progetti, sia a livello regionale sia nell'attuazione locale, deve ispirarsi nella fase progettuale ad alcuni criteri generali ritenuti prioritari per una maggior efficacia delle strategie di prevenzione. Tali criteri tengono conto anche dall'analisi delle criticità emerse nell'attuazione del precedente Piano Regionale di Prevenzione. In particolare la

progettazione sarà orientata:

*a livello regionale*

1. ad elaborare strategie di popolazione e per gruppi ad alto rischio, ove già non oggetto di interventi nella Macroarea della "medicina predittiva"; ciò porterà conseguentemente alla realizzazione di progetti paralleli aventi come destinatari gruppi di popolazione generale e sottogruppi più a rischio in quanto meno facilmente esposti all'intervento di prevenzione;
2. a valutare la fattibilità e l'adattabilità al contesto di interventi già realizzati di cui è riportata in letteratura scientifica la provata efficacia;
3. ad elaborare un Piano di Comunicazione dei Progetti e dei risultati da essi derivati;
4. ad identificare possibili Enti non sanitari che possano essere sinergici alle azioni che si intendono perseguire;

*a livello aziendale*

1. a realizzare gli interventi in un'ampia fascia di territorio, almeno distrettuale o sub distrettuali (quartieri, Comuni), o di popolazione. Faranno eccezione a questa logica i progetti che sperimenteranno modelli innovativi per la regione;
2. ad attuare gli interventi prioritariamente negli ambiti territoriali ove è maggiormente diffuso un basso livello socioeconomico, identificati sulla base di analisi condotte nel recente passato e sulla diretta conoscenza del territorio;
3. ad intensificare gli sforzi per il raggiungimento dei gruppi di popolazione più fragili, in cui le probabilità di beneficio derivante dagli interventi sono maggiori;
4. a promuovere forme di collaborazione con Enti locali per migliorare l'impatto degli interventi di prevenzione attuati.

Dal punto di vista metodologico i progetti appartenenti al Piano di Prevenzione dovrebbero essere conformi alle seguenti indicazioni:

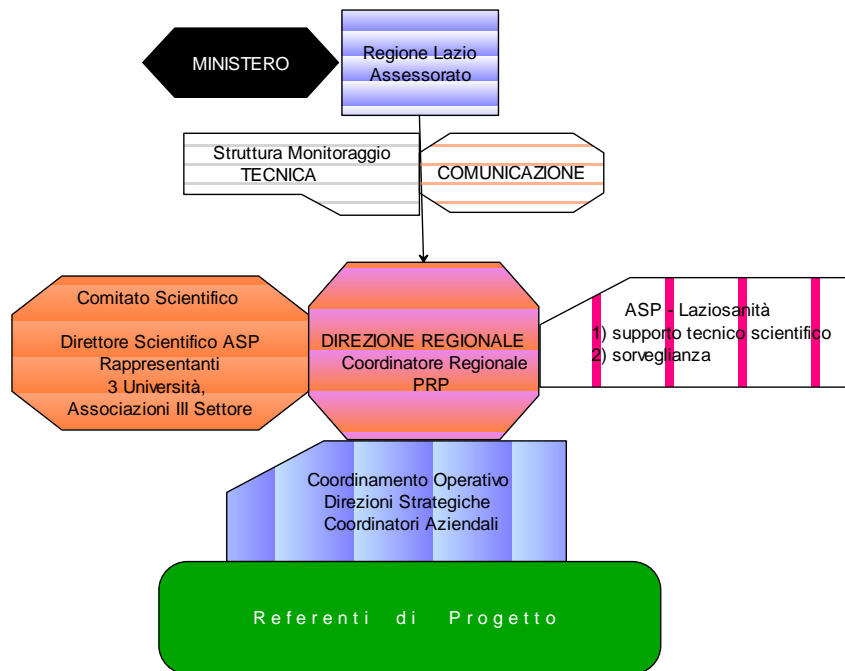
- essere redatti nel rispetto dei criteri di pertinenza, coerenza interna e sostenibilità, secondo quanto concordato fra Ministero della Salute e Regioni;
- nella maggior parte dei casi individuare un livello "accettabile" ed uno "desiderabile" del risultato da raggiungere;
- prevedere l'individuazione e l'eventuale coinvolgimento dei portatori d'interesse;
- prevedere un Piano di comunicazione per il coinvolgimento/informazione dei portatori d'interesse e per la presentazione dei risultati.

### **Modello organizzativo**

La regione intende avvalersi di un modello organizzativo (fig 1) che consenta le seguenti funzioni:

- azioni di coordinamento fra governo centrale regionale e le ASL,
- sostegno ai progetti e sviluppo delle iniziative della programmazione centrale,
- utilizzo delle risorse secondo criteri di efficienza ed efficacia,
- emanazione di indirizzi e linee guida programmatiche,
- miglioramento delle azioni di comunicazione con la popolazione.

Fig 1



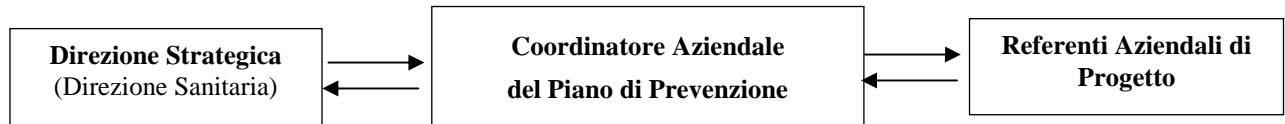
In particolare per l'attuazione del PRP, è previsto a **livello centrale** di governo, una struttura di comunicazione e di accompagnamento tecnico che attraverso un sistema informatizzato, consenta il monitoraggio delle attività e dei risultati anche parzialmente raggiunti, accompagnando lo sviluppo del PRP con una corretta informazione della popolazione.

Mentre si ritiene necessario a livello ASL l'adozione di un modello articolato su tre livelli operativi determinati da:

1. la Direzione Strategica Aziendale che, una volta approvate le linee operative definite dalla Regione, individui il Coordinatore Aziendale del Piano di Prevenzione e il referente responsabile per ogni progetto previsto.
2. il Coordinatore Aziendale del Piano fa riferimento alla Direzione Strategica. E' garante del monitoraggio dell'andamento dei diversi progetti, persegue la loro uniformità in termini metodologici e di rispondenza a criteri comuni e la razionalizzazione degli interventi previsti in particolare di quelli che insistono su uno stesso ambito (luogo di aggregazione, fascia di popolazione, ecc.). Svolge funzione di supporto al Referente

Aziendale di Progetto nelle necessarie attività di interfaccia con strutture interne ed esterne alle Asl e partecipa all'identificazione e risoluzione di eventuali criticità.

3. il Referente Aziendale di Progetto è responsabile del raggiungimento degli obiettivi fissati e svolge tutte le funzioni all'uopo necessarie, in particolare la redazione del Piano Attuativo, concordata col Coordinatore Aziendale del Piano, l'adozione delle soluzioni alle criticità ordinarie ed il coinvolgimento e l'interfaccia con tutte le strutture interessate, la formazione ed il monitoraggio.



### **Elementi di sostenibilità del Piano**

Il Piano Regionale di Prevenzione, per poter essere pienamente realizzato sul territorio, ha bisogno di essere sostenuto con atti che forniscano elementi di certezza e trasparenza. In particolare sarebbe auspicabile che fossero formalizzate le seguenti azioni propedeutiche all'avvio delle attività:

- esplicitare i criteri di distribuzione del Fondo Regionale alle diverse ASL in relazione al raggiungimento o meno degli obiettivi e al livello "accettabile" o "desiderabile" del risultato, come definito per ogni progetto; dall'esperienza del precedente piano si evince infatti la potenziale utilità di individuare un range di valori per esprimere il grado di raggiungimento di un obiettivo, piuttosto che un valore unico, anche in considerazione della nota disomogeneità delle ASL nei livelli di performance, attribuibile a diverse cause; in tal senso l'introduzione di elementi di gradualità nel conseguimento dei risultati rappresenta un importante elemento di incentivazione e impedisce l'ulteriore introduzione di elementi di disparità fra le ASL stesse;
- inserire il raggiungimento dei risultati attesi del Piano fra gli obiettivi dei Direttori Generali delle ASL regionali, atto questo che promuove la piena assunzione di responsabilità e presa in carico del Piano da parte dei vertici aziendali;
- inserire fra i compiti delle ASL quello di monitorare ed esplicitare l'uso delle risorse, che nel corso dell'attuazione del Piano si destinano al raggiungimento degli obiettivi sulla base di un programma di lavoro individuato dal Referente aziendale del progetto; ciò va nella direzione di sostenere anche con le risorse le azioni di prevenzione messe in campo e consente di valutare il costo degli interventi;
- realizzare gli atti amministrativi che nel corso dello sviluppo del Piano dovessero rendersi necessari; l'esperienza del precedente Piano dimostra che l'attuazione dei progetti può essere ostacolata dalla mancata formalizzazione di collaborazioni previste con Enti terzi o dall'assenza di soluzioni organizzativo-amministrative di fronte a

impreviste criticità;

- ribadire l'opportunità, come già previsto dalla Regione, di individuare in ogni ASL un Coordinatore degli interventi comuni a diversi progetti (per tipologia di intervento e target di popolazione) che monitori l'attuazione del Piano a livello aziendale; l'esperienza del precedente Piano dimostra che tale soluzione organizzativa aiuta a razionalizzare l'uso delle risorse nella ASL e a mantenere l'unitarietà degli interventi nei confronti di uno stesso tema.

### **Linee di intervento prioritarie**

Dall'analisi del profilo di salute emerge che, come in altre regioni anche nella regione Lazio, gli ambiti prioritari di prevenzione sono:

1. Patologie cardiocerebrovascolari
2. Tumori
3. Complicanze del diabete
4. Incidenti stradali
5. Incidenti sul lavoro e malattie professionali
6. Profilassi delle malattie infettive
7. Complicanze degli eventi acuti cerebrovascolari
8. Disabilità derivante da alcune malattie reumatologiche

E conseguentemente, in quanto determinanti fondamentali per molti dei suddetti ambiti,

9. Fumo
10. Alcol
11. Stato nutrizionale
12. Attività Fisica

Su tali ambiti si orientano molti progetti del Piano; alcuni approcci d'intervento, tuttavia, potranno essere sviluppati solo se verranno risolte le criticità esposte nel capitolo 2.

Il Piano comprende programmi che sono stati già sviluppati nel precedente Piano Regionale di Prevenzione, e azioni programmatiche innovative. In accordo con le priorità strategiche del programma sanitario regionale, particolare attenzione sarà prestata ad azioni destinate alla fascia scolastica per l'individuazione e la *correzione* di eventuali comportamenti a rischio, e alla fascia degli anziani per un invecchiamento sano e per il sostegno della disabilità. S'intende in particolare sostenere prioritariamente, anche con campagne di comunicazione dedicate, i seguenti interventi : a) promozione di corretti stili di vita (alimentazione, attività motoria, lotta al fumo, alcool e droga), b) prevenzione neonatale delle malattie metaboliche ereditarie (malattie rare), c) intolleranze alimentari (celiachia), e) prevenzione dei tumori femminili e del colon-retto, f) disabilità derivante da malattie reumatologiche.

### **Le sorveglianze di popolazione**



Nel Lazio, a partire dal 2007, come nel resto d'Italia, sono state attivate alcune sorveglianze e survey ripetute di popolazione volte ad indagare in diverse fasce d'età alcuni comportamenti influenzanti la salute e, in alcuni casi, l'adesione della popolazione ad interventi organizzati di prevenzione. PASSI, OKkio alla Salute, HBSC sono sistemi di rilevazione piuttosto consolidati e costituiscono riferimenti importanti per la programmazione ed il monitoraggio relativi a molti argomenti di prevenzione. La Regione e le singole Asl considerano le sorveglianze di popolazione una risorsa preziosa che continueranno, coerentemente anche agli impegni assunti col Centro di Controllo delle Malattie (CCM), a sostenere ed implementare

**QUADRO D'INSIEME PRP REGIONE LAZIO**

Macroarea	Linea di intervento generali	Obiettivi generali di salute (in neretto - <u>da riportare nelle schede di programma/progetto</u> - fonte: tabelle PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto (si raccomanda di riferirsi alle azioni indicate nella colonna "Linee di intervento" delle tabelle del PNP, ove presenti, o agli obiettivi indicati nel <u>testo del PNP, ove non presenti</u> )	N°
1. Medicina predittiva	1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia	Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	1.1.1 Malattie metaboliche e screening neonatale Allargato	Prevenire la mortalità da Malattia Metabolica attraverso l'appropriatezza delle attività di medicina predittiva in essere da realizzare mediante 1) Censimento delle attività di screening e flow-up per le Malattie Metaboliche sul territorio Regionale 2) Definizione di protocolli per l'attuazione dello Screening Neonatale Allargato delle Malattie Metaboliche; 3) Costruzione di percorsi clinici (Clinical Pathways) specifici per ciascuna patologia; 4) Creazione di un Network informatico per lo scambio dati fra i vari operatori coinvolti sul territorio Regionale	1
			1.1.2 Implementare la promozione dello screening opportunistico per l'identificazione precoce di intolleranza alimentare al glutine	Prevenire forme gravi di morbosità da intolleranza alimentare al glutine migliorando la valutazione del rischio individuale favorendo la diagnosi precoce dell'intolleranza alimentare al glutine attraverso la diffusione capillare di materiale informativo nelle scuole	2
2 Prevenzione universale	2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali	2.1.1. Comunicazione dei dati delle Sorveglianze e collaborazione con stakeholder esterni al SSR	Favorire comportamenti e progetti per la riduzione della mortalità da incidenti stradali tramite la diffusione a Scuole, Scuole-Guida e Polizia Municipale dei dati inerenti incidentalità e adozione di comportamenti corretti alla guida.	3
			2.1.2 Promozione della salute verso i neo genitori	Ridurre gli esiti invalidanti degli infortuni stradali nei bambini da mancato uso dei dispositivi di sicurezza tramite implementazione di un intervento di promozione della salute rivolto ai neogenitori sull'uso dei dispositivi di sicurezza già valutato in termini di efficacia	4
	2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio	2.2.1 "Siamo sicuri che si può lavorare sicuri"	Prevenire gli eventi infortunistici attraverso: 1)- Miglioramento delle capacità di conoscenza della distribuzione e delle modalità di accadimento degli infortuni mortali e gravi 2) - Miglioramento delle condizioni di sicurezza delle macchine e delle attrezzature nel comparto agricoltura. 3) - Miglioramento delle condizioni di sicurezza dei lavoratori edili.	5
			2.2.2 E' possibile rendere sicure le sostanze pericolose	Favorire la riduzione degli infortuni e delle malattie professionali attraverso 1) - la mappatura del territorio regionale in termini di distribuzione delle aziende in cui sono presenti i rischi da sostanze pericolose e del numero dei lavoratori esposti ai rischi 2) - interventi mirati di vigilanza nelle aziende a rischio da parte dei Servizi delle ASL 3) - la realizzazione, su tutto il territorio regionale, di programmi per la ricerca attiva delle patologie da lavoro, per favorire l'emersione delle stesse e, conseguentemente, l'adozione di adeguate strategie di prevenzione 4) - il miglioramento delle sorveglianza sui lavoratori ex esposti alle sostanze pericolose, al fine di adeguare le attività territoriali rivolte agli stessi, quali ad esempio sportelli informativi, 5) - il potenziamento dell'assistenza alle imprese per migliorare la loro capacità di gestione dei rischi specifici, attraverso la definizione e diffusione, in maniera condivisa con le associazioni di categoria, di linee di indirizzo per la adeguata gestione dei rischi specifici	6
2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni	2.3.1 Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici tra gli anziani e bambini di 0-4 anni	Ridurre gli eventi traumatici domestici nei gruppi di popolazione a rischio attraverso: 1) Promozione di comunicazione e iniziative organizzate miranti a promuovere fisica negli anziani e la riduzione dei rischi da trauma domestico 2) Realizzazione di campagne informative nei consultori e centri vaccinali per i genitori	7	

	<b>2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione</b>	<b>Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento</b>	2.4.1 Implementazione delle anagrafi vaccinali aziendali	Monitorare le coperture vaccinali nell'infanzia, con particolare riguardo a morbillo, parotite e rosolia quale elemento necessario per le azioni di contenimento significativo di tali patologie	8
			2.4.2 Progetto per il miglioramento delle coperture vaccinali con particolare riferimento alla prevenzione del morbillo, della rosolia e delle meningiti batteriche nella Regione Lazio	Contenere significativamente le patologie vaccino prevenibili attraverso interventi atti a garantire a tutta la popolazione le stesse opportunità di accesso alla prevenzione vaccinale.	9
	<b>2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni</b>	<b>Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV</b>	2.6.1 Ridurre la vulnerabilità alle malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV, nei gruppi svantaggiati e a rischio della popolazione	Ridurre l'esposizione alle malattie sessualmente trasmesse mediante i seguenti interventi formativo-comunicativi: 2.6.1.A. Aumentare la capacità di promuovere la prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili, attraverso specifica formazione degli operatori socio-sanitari. 2.6.1.B Migliorare l'accessibilità alle strutture che si occupano di prevenzione dell'AIDS implementando la capacità di ascolto e risposta degli operatori socio-sanitari e delle figure amministrative delle stesse.	10
<b>2 Prevenzione universale</b>	<b>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)</b>	<b>Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute</b>	2.9.1 Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini	Favorire l'adozione di comportamenti salutari dei cittadini attraverso la conoscenza dei dati locali integrati relativi ad abitudine al fumo, consumo d'alcol, stato ponderale e attività fisica nell'ambito degli interventi di promozione della salute.	11
		<b>Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%</b>	2.9.2 Formazione nelle scuole e verso i neogenitori	Promuovere stili nutrizionali salubri mediante: A. Formazione su alimentazione e stili di vita di genitori, bambini e insegnanti B. Formazione su alimentazione e stili di vita degli operatori e fruitori delle mense aziendali C. Promozione dell'allattamento al seno	12
		<b>Riduzione dei consumatori di alcol a rischio (percentuale dei consumatori fuori pasto, dei consumatori giornalieri di quantità superiori a quelle considerate compatibili, anche in relazione all'età, dei "binge drinkers", dei consumatori che guidano in stato di alterazione psicofisica derivante dall'alcol, dei consumatori all'interno dei luoghi di lavoro)</b>	2.9.3 Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro	Favorire la riduzione del consumo di alcol in contesti lavorativi tramite: 1) Analisi della percezione del problema alcol in aziende dei trasporti, sanità ed edilizia; 2) Interventi di informazione finalizzati all'adozione di procedure di controllo del consumo di bevande alcoliche sul lavoro	13
		<b>Riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta</b>	2.9.4 Promozione all'interno di aziende pubbliche e private di modelli d'intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo	Favorire la riduzione di consumo di tabacco nei luoghi di lavoro attraverso 1) Analisi del problema fumo attivo e passivo nei luoghi di lavoro; 2) Adozione del modello di no-smoking policy aziendale da parte di aziende pubbliche e private	14
		<b>Prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado, e nei luoghi di aggregazione giovanile formali e informali</b>	2.9.5 Prevenzione dell'iniziazione al consumo di tabacco e sostanze	Prevenire l'iniziazione al tabagismo ed al consumo di sostanze mediante A. Adozione nelle scuole medie di primo e secondo grado di un programma di provata efficacia - denominato Unplugged - che si basa su un modello di influenza sociale globale (Comprehensive Social Influence approach) che ingloba le Life Skills e comporta: - la prevenzione dell'iniziazione del consumo di tabacco e di episodi di intossicazione da alcol (da parte di 1 alunno su 30) - la riduzione del 30% del consumo giornaliero di sigarette, del 30% degli episodi di intossicazione da alcol e del 23% di riduzione dell'uso di cannabis B. Creazione di un Gruppo di Coordinamento Regionale per la promozione della salute nelle scuole - composto dai Referenti incaricati dai Direttori Generali di ogni ASL - avente il compito di coordinare le attività nelle scuole del territorio di competenza C. Svolgimento della formazione degli insegnanti delle scuole aderenti al programma da parte dei Referenti incaricati per la promozione della salute nelle scuole D. Realizzazione dell'intervento nelle scuole aderenti al programma Unplugged	15

3. Prevenzione della popolazione a rischio	3.1 Tumori e screening	Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto	3.1.1 CONSOLIDAMENTO E QUALIFICAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ORGANIZZATI	Favorire la riduzione della mortalità da carcinoma della mammella della cervice uterina e del colon retto attraverso l'incremento della quota di popolazione afferente ai programmi organizzati e aumento della qualità del percorso diagnostico-terapeutico dei soggetti screenati	16
			3.1.2 Innovazione tecnologica PS su mammella, cervice uterina e colon-retto	Favorire la riduzione della mortalità da carcinoma della mammella della cervice uterina e del colon retto attraverso l'innovazione tecnologica relativa a: 3.1.2A avvio sperimentazioni nelle ASL dell'uso del test HPV_DNA come test primario e integrazione con i programmi vaccinali anti HPV (delibera e integrazione informazioni SI) 3.1.2B programmi di sorveglianza per i casi di storia neoplastica 3.1.2C definizione di percorsi articolati per rischio individuale (familiarità e seno denso)	17
	3.2 Malattie cardiovascolari	Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari, perseguendo i seguenti obiettivi: - definire strumenti per la rilevazione epidemiologica del rischio cardio-cerebrovascolare (carta del rischio, ma anche rilevazione di indicatori indiretti come il consumo di farmaci specifici) - individuare screening di popolazione per l'identificazione precoce di ipertensione, ipercolesterolemia, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza (secondo l'indagine multiscopo ISTAT più del 50% della popolazione adulta controlla annualmente pressione arteriosa e parametri biochimici, senza tuttavia una standardizzazione) - predisporre protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi - definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica - valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale per l'acuzie e la cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione	3.2.1 Promozione degli strumenti per la valutazione e riduzione del rischio cardiovascolare individuale	Favorire la rilevazione del rischio cardiovascolare quale elemento di prevenzione mediante iniziative di formazione e promozione dell'uso di strumenti per la prevenzione individuale destinate ad operatori sanitari	18
	3.3 Diabete	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, per ciascuna Regione, 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	3.3.1 Promozione delle misure di prevenzione individuale delle complicanze	Migliorare l'assistenza del diabetico mediante l'effettuazione di periodici e specifici controlli da implementare con iniziative di formazione e promozione rivolte agli operatori sanitari	19
	3.5 Malattie osteoarticolari	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per le malattie osteoarticolari, perseguendo i seguenti obiettivi: - individuare la diffusione di tali patologie tramite indicatori indiretti (SDO, consumo di farmaci antinfiammatori) - predisporre percorsi diagnostici, anche per le forme algiche acute, improntate all'evidenza di efficacia e all'analisi costi-benefici - potenziare la diffusione di programmi di supporto, inerenti l'attività motoria, che assume un ruolo fondamentale in integrazione coi trattamenti farmacologici	3.5.1 Prevenzione della progressione dell'Artrite Reumatoide mediante diagnosi e terapia nelle fasi precoci di malattia.	Migliorare la diagnosi e l'assistenza dell'Artrite reumatoide favorendo l'adesione a corretti percorsi diagnostici e terapeutici tramite (A) Riconoscimento precoce di Artrite Reumatoide. B) promozione di un approccio terapeutico in grado di cambiare la storia naturale di malattia che comprenda una valutazione integrata del paziente	20
3.7 Disturbi psichiatrici	Lotta alla depressione	3.7.1 Prevenzione della popolazione a rischio	Favorire il trattamento tempestivo del rischio suicidario mediante il suo riconoscimento precoce attraverso specifica sensibilizzazione e formazione dei MMG su questo tema nei diversi gruppi di popolazione e contesti di osservazione del rischio.	21	

<p><b>4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia</b></p>	<p><b>4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza</b></p>	<p><b>Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative</b>, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte</li> <li>- la protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività</li> <li>-la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità</li> <li>- la verifica dei modelli assistenziali, con riguardo all'assistenza primaria e specialistica</li> <li>- l'introduzione di elementi favorevoli all'integrazione dell'anziano e disabile nella pianificazione urbanistica ed edilizia (strutture abitative ma anche residenziali collettive)</li> </ul>	<p>4.2.1 Monitoraggio della copertura della qualità percepita degli interventi socio sanitari nella popolazione degli anziani</p>	<p>Favorire la prevenzione delle disabilità da malattie cronico degenerative tramite la conoscenza d'impatto di fattori comportamentali e sociosanitari sulla popolazione anziana. Tale conoscenza sarà ottenuta con l'implementazione su scala regionale del Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento con definizione di un piano di comunicazione mirato dei risultati</p>	<p>22</p>
---	---	---	---	---	-----------

# Piano Regionale della Prevenzione

## 2010-2012

### (PRP)

## PIANO OPERATIVO

#### indice

Linea di intervento	Codice	Titolo del programma/progetto	N. progetto	Pag.
Valutazione del rischio individuale di malattia	1.1.1	Malattie metaboliche e screening neonatale allargato	1	3
Valutazione del rischio individuale di malattia	1.1.2	Implementare la promozione dello screening opportunistico per l'identificazione precoce di intolleranza alimentare al glutine	2	7
Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	2.1.1	Comunicazione dei dati delle Sorveglianze e collaborazione con stakeholder esterni al SSR	3	10
Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	2.1.2	Promozione della salute verso i neo genitori	4	14
Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate	2.2.1	È possibile rendere sicure le sostanze pericolose	5	19
Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate	2.2.2	“Siamo sicuri che si può lavorare sicuri”	6	24
Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	2.3.1	Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici tra gli anziani e bambini di 0-4 anni	7	30
Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	2.4.1	Implementazione delle anagrafi vaccinali aziendali	8	36
Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	2.4.2	Progetto per il miglioramento delle coperture vaccinali con particolare riferimento alla prevenzione del morbillo, della rosolia e delle meningiti batteriche nella Regione Lazio	9	39
Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	2.6.1	Ridurre la vulnerabilità alle malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV, nei gruppi svantaggiati e a rischio della popolazione	10	44

Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.1	Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini	11	49
Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.2	Formazione nelle scuole e verso i neo genitori	12	53
Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.2	Formazione nelle scuole e verso i neo genitori	12 bis	60
Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.3	Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro	13	68
Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.4	Promozione all'interno di aziende pubbliche e private di modelli d'intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo	14	73
Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.5	Prevenzione dell'iniziazione al consumo di tabacco e sostanze	15	79
Tumori e screening	3.1.1	Consolidamento e qualificazione dei programmi di screening organizzati	16	84
Tumori e screening	3.1.2	Innovazione tecnologica PS su mammella, cervice uterina e colon-retto	17	91
Malattie cardiovascolari	3.2.1	Promozione degli strumenti per la valutazione e riduzione del rischio cardiovascolare individuale	18	99
Diabete	3.3.1	Promozione delle misure di prevenzione individuale delle complicanze	19	106
Malattie osteoarticolari	3.5.1	Prevenzione della progressione dell'artrite reumatoide mediante diagnosi e terapia nelle fasi precoci di malattia	20	114
Disturbi psichiatrici	3.7.1	Prevenzione della popolazione a rischio	21	121
Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	4.2.1	Monitoraggio della copertura e della qualità percepita degli interventi sociosanitari nella popolazione degli anziani	22	126

O

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

<p>Titolo del Progetto o del programma:  <b>Malattie metaboliche e screening neonatale allargato</b></p>
<p>Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :  <b>1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia</b></p>
<p>N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale  <b>1.1.1</b></p>
<p>Breve descrizione dell'intervento programmato</p> <p><i>Descrizione ed analisi del problema</i></p> <p>Nell'ultimo decennio l'utilizzo della spettrometria di tandem massa (MS/MS) ha modificato in modo sostanziale la filosofia dello screening neonatale, rendendo possibile l'analisi di un'ampia gamma di metaboliti, il cui profilo di alterazione può condurre all'identificazione di oltre 40 Errori Congeniti del Metabolismo su un singolo spot di sangue. Questo innovativo approccio allo screening, definito Screening Neonatale Allargato, permette l'individuazione precoce di un'ampia gamma di patologie del metabolismo intermedio – organico acidurie, aminoacidopatie, difetti di ossidazione degli acidi grassi e del ciclo dell'urea – con una incidenza complessiva e di circa 1:3000 nati vivi, buona parte delle quali ad alto rischio di scompenso metabolico ma suscettibili di un rilevante miglioramento della prognosi se precocemente trattati. Lo Screening Neonatale Allargato è attivo oggi solo in alcune regioni d'Italia quali Toscana e Liguria e in parte nel Lazio. In previsione dell'adozione da parte di altre regioni di programmi di Screening Neonatale Allargato, le Società Scientifiche SISN SIMMESN hanno già prodotto un documento di riferimento che stabilisce precise linee guida per l'organizzazione del servizio di screening esteso su base regionale. Mentre per le malattie oggetto dello screening neonatale "tradizionale" (fibrosi cistica, fenilchetonuria, ipotiroidismo congenito, galattosemia) si sono col tempo consolidati precisi percorsi diagnosticoassistenziali, mancano al momento a livello nazionale linee di indirizzo che stabiliscano in dettaglio i percorsi assistenziali e i requisiti essenziali per l'attività degli operatori coinvolti nella presa in carico e nel trattamento dei soggetti affetti dalle malattie oggetto dello screening allargato. Va inoltre sottolineato che le malattie diagnosticabili con lo Screening Neonatale Allargato costituiscono un gruppo patologie eterogenee con quadri clinici variabili da malattie a rischio di scompenso metabolico acuto (es. organico acidurie, difetti della beta ossidazione e difetti del ciclo dell'urea) ad altre con andamento lentamente progressivo (es. fenilchetonuria e altre aminoacidopatie).</p> <p><i>Soluzioni proposte sulla base delle evidenze</i></p> <p>Questi nuovi scenari così complessi devono articolarsi secondo percorsi differenziati, specifici per ciascuna patologia, prevedendo diverse modalità e tempistiche per quanto attiene alla comunicazione, alla conferma diagnostica e alla presa in carico del centro clinico.</p> <p><i>Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte</i></p> <p>Tali linee di indirizzo, per inserirsi nella realtà assistenziale delle regioni coinvolte nel progetto devono produrre, in considerazione della specificità delle patologie interessate, degli algoritmi di diagnosi e di trattamento condivisi tra i tecnici del settore ed adattati alle realtà locali (sul tipo degli ACT Sheets dell'ACMG Newborn Screening Working Group) e devono definire una rete assistenziale che integri tutte le competenze presenti sul territorio ottimizzandone l'interazione nell'ottica della presa in carico del paziente dal momento della diagnosi a quella del trattamento e del follow-up clinico. Per la realizzazione di questo innovativo modello assistenziale, centrato sul paziente con malattia metabolica, appare indispensabile la partecipazione delle Società Scientifiche e delle Associazioni di genitori/pazienti.</p>



#### Beneficiari

- Coorte dei nuovi nati Regione Lazio dalla partenza del progetto fino a dicembre 2012 (circa 50.000/anno)
- Famiglie portatrici di malattie metaboliche ereditarie identificate attraverso screening neonatale allargato
- Strutture e Operatori Servizio Sanitario Regionale (Ospedali, Centri Nascita, Consultori, Pediatri di Base, ecc.)

#### Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

#### **OBIETTIVO GENERALE di SALUTE: Costruzione di una Rete Assistenziale Integrata per i Bambini con Malattie Metaboliche diagnosticate attraverso Screening Neonatale Allargato**

##### OBIETTIVO DI PROCESSO SPECIFICI

1: Creazione di "Clinical Pathways" differenziate, specifiche per ciascuna delle patologie diagnosticabili attraverso Screening Neonatale Allargato. Le differenti Clinical Pathways saranno centrate sulle caratteristiche cliniche della malattia: forme acute vs croniche, malattie multisistemiche vs malattie mono-organo; necessità assistenziali ad alta complessità (trattamento intensivo, dialisi, trapianti d'organo).

2: Individuazione nel territorio regionale dei Centri Clinici di riferimento in funzione di competenze acquisite e in relazione a reperibilità medico-laboratoristica H24, posti letto area neonatologica/intensivistica per pazienti acuti, in relazione a quanto deliberato in merito a sorveglianza, diagnosi e terapia delle Malattie Rare (Decreto Ministeriale 18.5.2001 n.279 20/02/2004)

3: Creazione di un network informatico per flusso dati fra i vari operatori coinvolti (Centro Screening, Centro Clinico, Pediatria di base, Aziende Sanitarie Locali, Osservatorio Epidemiologico Regionale, ecc)

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
<p><b>1.1 Istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare per la definizione e l'ottimizzazione degli obiettivi di processo specifici (delineare i percorsi diagnostici, i fabbisogni assistenziali, ecc.)</b></p> <p><b>1.2 ottimizzazione dell'impiego di risorse finanziarie, umane e strumentali</b></p>	<p><b>- Analisi retrospettiva e prospettica dell'outcome clinico e dei percorsi assistenziali nella coorte di pazienti identificati con screening in confronto allo storico dei pazienti identificati in epoca pre-screening</b></p> <p><b>- Registri di accettazione degli ospedali e delle cliniche, analizzati semestralmen</b></p>	<p><b>Attuali protocolli clinico-assistenziali</b></p>	<p><b>Istituzione di 2 Clinical Pathways specifiche per Organico Acidurie, Difetti Ciclo Urea</b></p> <p><b>Ottimizzazione delle risorse</b></p>		<p><b>Verifica e validazione delle 2 Clinical Pathways sviluppate nel primo anno</b></p> <p><b>Istituzione di 1 Clinical Pathway Specifica per i Difetti di Ossidazione degli Acidi Grassi</b></p> <p><b>Ottimizzazione delle risorse</b></p>	
<p><b>2.1 Identificazione dei requisiti essenziali per la presa in carico (diagnosi e follow-up) dei pazienti con malattie metaboliche</b></p>	<p><b>Indagine specifica sul territorio Regione Lazio e in altre due realtà regionali sul territorio italiano</b></p>	<p><b>Attualmente non disponibile</b></p>	<p><b>Istituzione di un modello assistenziali integrati</b></p>		<p><b>Verifica e validazione del modello assistenziale integrato</b></p>	

<p><b>diagnosticate attraverso screening neonatale allargato.</b>  <b>2.2 Il modello verrà testato e confrontato con le altre Regioni</b>  <b>Nelle quali è già attivo un programma di screening neonatale allargato</b></p>						
<p><b>3.1 Sviluppo di una rete di trasferimento e scambio dati</b></p> <p><b>3.3 partecipazione delle Società Scientifiche e delle Associazioni di genitori/pazienti.</b></p>	<p><b>Analisi del numero di Aziende Sanitarie/Distretti – centri nascita/Centri di riferimento, pediatri di base, ecc. coinvolti nei percorsi clinico-assistenziali</b></p> <p><b>Sondaggio campione del gruppo destinatario condotto nel primo e secondo anno</b></p>	<p><b>Attualmente non disponibile</b></p>	<p><b>Attivazione di una piattaforma di networking integrato</b></p> <p><b>Coinvolgimento Aziende Sanitarie Locali (con particolare riguardo alla ASL RMA) centri nascita, pediatria del territorio, Osservatorio Epidemiologico Regionale</b></p>		<p><b>Verifica e validazione della piattaforma di networking integrato</b></p> <p><b>Realizzazione di Atti Formali di Coinvolgimento con Aziende Sanitarie Locali ( particolare riguardo alla ASL RME) centri nascita, pediatria del territorio, Osservatorio Epidemiologico Regionale</b></p> <p><b>Coinvolgimento società scientifiche e</b></p>	

					<b>Associazione di Genitori /Pazienti, III settore</b>	
--	--	--	--	--	--	--

O

*(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)*

Titolo del Progetto o del programma:

**Implementare la promozione dello screening opportunistico per l'identificazione precoce di intolleranza alimentare al glutine**

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

**1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia**

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

**1.1.2**

Breve descrizione dell'intervento programmato

Come è noto, la celiachia è un'intolleranza permanente al glutine che, se ingerito anche in minime quantità, provoca nei soggetti affetti un malassorbimento da cui possono derivare patologie gravi, in particolare nei bambini.

In Italia, i soggetti cui è stata diagnosticata la celiachia sono circa 60.000 ma si stima che il loro numero sia almeno 10 volte superiore in quanto molti soggetti soffrirebbero di una forma silente.

In considerazione dell'elevato numero di soggetti affetti, che spesso pervengono alla diagnosi tardivamente, il Ministero della Salute ha previsto una serie di interventi finalizzati a promuovere la conoscenza della malattia e favorire la diagnosi precoce tenuto conto della valenza terapeutica della dieta priva di glutine, tanto maggiore quanto più precocemente avviata.

L'intervento programmato si propone di implementare le attività di screening per l'identificazione precoce di intolleranza al glutine attraverso una diffusione capillare di materiale informativo nelle scuole elementari presenti sul territorio regionale, che consenta di aumentare il grado di conoscenza della malattia, e di creare una rete di collegamento fra le famiglie dei bambini potenziali fruitori dello screening ed i centri di riferimento ospedalieri accreditati dal Ministero della Salute, presso i quali può essere eseguito il test di screening e sono attivi percorsi assistenziali qualificati per la gestione della malattia, in caso di positività.

Attori coinvolti: S.I.A.N., Scuole Elementari Pubbliche, (Dirigenti Scolastici ed Insegnanti), Operatori addetti alla ristorazione scolastica, Centri Ospedalieri Regionali di riferimento per la celiachia, Ufficio Scolastico Regionale Ministero dell'Istruzione dell'Università e della ricerca.

Articolazione dell'intervento

- I fase: acquisizione e selezione del materiale divulgativo adatto al target da raggiungere, messo a disposizione dal Ministero della Salute e/ o dai Centri Ospedalieri accreditati afferenti al Policlinico Umberto I;
- II fase:
  - in analogia con quanto "già sperimentato", positivamente nell'ambito del progetto "Okkio alla salute", avvio della collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale Ministero dell'Istruzione dell'Università e della ricerca per garantire, attraverso l'invio di un apposita Cir. re Min.le informativa, il coinvolgimento operativo dei Dirigenti Scolastici nel progetto;
  - successiva presa di contatto con questi ultimi per programmare un incontro con insegnanti, famiglie ed operatori della ristorazione, in occasione del quale illustrare le finalità del progetto e procedere alla distribuzione del

- materiale predisposto alle famiglie presenti,
- III fase: 1) effettuazione dell'incontro e distribuzione del materiale alle famiglie presenti ; 2) invio di una lettera illustrativa delle finalità del progetto e del materiale informativo. alle famiglie non presenti all'incontro;
  - IV fase: valutazione dei risultati.

**Precondizioni per la realizzazione del progetto: garantire l'accessibilità ai Centri Regionali di riferimento, sia per quanto riguarda le modalità di raggiungimento degli stessi ( presenza di almeno un Centro di riferimento per ogni Provincia della Regione) che di programmazione e realizzazione di percorsi preferenziali dedicati all'attività di screening per la celiachia.**

Beneficiari

**Allievi delle scuole elementari pubbliche**

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

**Favorire la diagnosi precoce dell'intolleranza alimentare al glutine attraverso la diffusione capillare di materiale informativo nelle scuole elementari per incrementare la possibilità di diagnosi precoce, mediante accesso facilitato ai Centri di riferimento presenti nella Regione Lazio e accreditati dal Ministero della Salute per l'esecuzione dei test di screening e successivo inserimento dei soggetti risultati positivi nei percorsi assistenziali mirati alla gestione della celiachia.**

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
<b>N° Scuole elementari raggiunte dall'intervento /N° totale scuole censite</b>	<b>Referenti di progetto S.I.A.N./ Dirigenti Scolatici/Insegnanti referenti</b>	<b>1%</b>	<b>Almeno il 10%</b>		<b>Almeno il 20%</b>	
<b>N°pieghevoli distribuiti/N° dei pieghevoli stampati</b>	<b>Referenti di progetto S.I.A.N. i Dirigenti Scolatici/Insegnanti referenti</b>	<b>1%</b>	<b>Almeno il 40%</b>		<b>Almeno il 90%</b>	

O

*(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)*

<p>Titolo del Progetto o del programma:  <b>Comunicazione dei dati delle Sorveglianze e collaborazione con stakeholder esterni al SSR</b></p>
<p>Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i:  2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale</p>
<p>N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale  2.1.1</p>
<p><b>Breve descrizione dell'intervento programmato</b></p> <p>Nel 2009 gli incidenti stradali rilevati in Italia sono stati 215.405, causando il decesso di 4.237 persone, mentre altre 307.258 hanno subito lesioni di diversa gravità (ISTAT 2009). Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte nei bambini e giovani tra 15 e 29 anni e rappresentano anche una delle cause principali di invalidità. Nel Lazio nel 2009 l'ISTAT riporta 494 decessi e circa 40.000 feriti.</p> <p>l'Oms Europa definisce e suggerisce un approccio multi-settoriale per la promozione della sicurezza stradale (OMS, 2009). Inoltre, descrive tre ambiti rilevanti per la prevenzione: la raccolta di dati sull'impatto degli incidenti, gli interventi di prevenzione e la condivisione delle strategie preventive che si sono dimostrate efficaci. E' evidente che gli interventi di prevenzione possono essere realizzati in maniera congiunta, o a volte solo (vedi interventi infrastrutturali) da istituzioni esterne al SSR. Infatti, gli Interventi per modificare i fattori di rischio sono molteplici, dalla progettazione stradale, agli interventi sui veicoli, sugli utenti della strada e sui fattori di rischio comportamentale. Nonostante questo, il servizio sanitario, per sua vocazione naturale, può svolgere un ruolo di advocacy verso altre istituzioni.</p> <p>La rilevazione sull'incidentalità stradale a livello nazionale è esterna al Servizio Sanitario Nazionale, essendo frutto dell'azione congiunta dei seguenti Enti: ACI, Ministero dell'Interno, Polizie Municipali, Polizia stradale, Carabinieri, Uffici Statistici dei Comuni, che hanno sottoscritto una convenzione con l'ISTAT finalizzata alla raccolta, al controllo, alla registrazioni su supporto informatico e al successivo invio dei dati all'ISTAT.</p> <p>Tra i limiti del sistema di sorveglianza ACI-ISTAT vi è la mancanza di una sistematica rilevazione dell'evento, se non quello registrato dalle forze di polizia) e delle sue conseguenze sanitarie. Nella regione Lazio la sorveglianza degli esiti sanitari degli incidenti stradali, basata sugli accessi in Pronto Soccorso, è stata attivata a partire dall'anno 2000 ed è ormai consolidata. Tramite questa sorveglianza, si è potuto osservare un'incidenza molto più alta (rispetto al dato ufficiale) di persone che sono state coinvolte in incidenti stradali e un tasso di mortalità del 20% circa superiore al tasso "ufficiale". La sorveglianza sanitaria, inoltre, aggiunge informazioni sulle conseguenze sanitarie degli incidenti, fornendo un quadro preciso della tipologia di lesione, della gravità e dell'esito dell'accesso in Pronto Soccorso. Inoltre, con i sistemi informativi correnti è possibile seguire il paziente nel suo percorso sanitario e stabilire i costi sanitari degli incidenti. Questi dati insieme al nuovo sistema di sorveglianza PASSI, che attivo dal 2007 rileva informazioni a livello di ASL su uso di dispositivi di sicurezza e guida sotto influenza di alcol, permettono di avere un quadro completo del fenomeno degli incidenti stradali necessario per effettuare e valutare interventi di prevenzione.</p> <p>In quest'ottica la diffusione dei dati riguardanti gli incidenti stradali sia a stakeholder esterni al</p>



Servizio Sanitario Regionale (scuole, scuole guida, polizia municipale e stradale) sia alle stesse ASL, svolge un ruolo fondamentale nel migliorare lo stato delle conoscenze, nel migliorare i comportamenti, nel migliorare la sicurezza delle infrastrutture stradali e nel promuovere la sicurezza per le categorie più deboli di utenti della strada.

L'obiettivo di questo progetto è la diffusione dei dati di sorveglianza sanitaria tramite l'istituzione di tavoli tecnici presso le ASL, finalizzata alla sensibilizzazione al problema di tutti gli operatori interni ed esterni al SSR, e all'individuazione di possibili misure di contrasto e prevenzione.

Questa attività è coerente con:

- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
- Piano Nazionale per la Prevenzione 2005-2007 (piano di prevenzione incidenti stradali)
- Piano Sanitario Regionale 2010-2012

Le attività che ci si propone di realizzare sono:

- Individuazione di un referente aziendale per questo progetto, che sia in rete con gli altri referenti aziendali e con l'ASP e che si interfacci con soggetti esterni al SSR, del suo territorio;
- Costituzione del gruppo di coordinamento che è composto alla rete referenti aziendali. I membri del gruppo di coordinamento lavoreranno con l'obiettivo di individuare le migliori strategie di coinvolgimento dei soggetti esterni, e discuteranno i risultati della sorveglianza;
- Individuazione all'interno di ciascuna ASL delle istituzioni da coinvolgere e istituzione di un tavolo tecnico aziendale
- Elaborazione e trasferimento dei dati di sorveglianza sanitaria. Parte di questa attività sarà di tipo "comunicativo", fornendo alle ASL uno strumento facilmente fruibile da parte di operatori esterni al SSR
- Diffusione dati di sorveglianza ai soggetti esterni SSR individuati

### Cronoprogramma progetto

Progetto "Diffusione a istituzioni esterne al SSR dei dati di sorveglianza."																								
ATTIVITA'	ANNO 2011												ANNO 2012											
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
Individuazione referenti aziendali	■	■	■																					
Costituzione rete regionale operatori			■	■	■																			
Istituzione tavoli con soggetti esterni SSR						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Gestione ed elaborazione dei dati di						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Trasferimento dati di sorveglianza alle ASL						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Diffusione dati di sorveglianza ai soggetti esterni SSR individuati								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

**Beneficiari:** Istituzioni coinvolte nella problematica incidenti stradali ed esterne al

SSR

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

Concorrere ad aumentare l'informazione sul fenomeno incidenti stradali e suggerire possibili azioni di contrasto e prevenzione

<i>INDICATORI</i>	<i>FONTE DI VERIFICA</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011</i>		<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012</i>	
			<i>ATTESO</i>	<i>OSSERVATO</i>	<i>ATTESO</i>	<i>OSSERVATO</i>
Atto di costituzione rete regionale	Documentazione ASP	NO	SI		SI	
Realizzazione e diffusione alle ASL dei dati di sorveglianza	Rapporto ASP	NO	SI		SI	
Diffusione dei dati di sorveglianza da parte delle ASL	Relazioni delle ASL	0%	40%		60%	

O

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

**Promozione della salute verso i neo genitori**

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i:

**2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale**

N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

2.1.2

Breve descrizione dell'intervento programmato

Ogni anno in Italia più di 8000 bambini sotto i 13 anni sono coinvolti in incidenti stradali. La mortalità e la morbosità legate al trasporto in auto sono dovuti sia al mancato utilizzo dei sistemi di sicurezza sia ad un uso inappropriato degli stessi.

In Italia sono pochi i dati, che derivano da interviste effettuate ai genitori, sull'uso del seggiolino per il trasporto dei bambini, mentre non si dispone di dati sul suo corretto utilizzo. Nel Lazio il 30% dei genitori dichiara di non utilizzare il seggiolino (indagine PASSI). I comportamenti non corretti dei genitori derivano dalla convinzione che il bambino sia protetto sul sedile posteriore o in braccio ad un adulto o che brevi percorsi e situazioni occasionali non costituiscano pericolo.

In particolare è per i bambini più grandi di età che il seggiolino viene utilizzato meno.

Un'indagine del Veneto svolta nel 2007 nell'ambito del "Programma regionale di prevenzione dei traumi da traffico" riporta che su 4735 soggetti osservati il 55,1% dei bambini di età apparente inferiore agli 11 anni risulta assicurato e, differenziando per età, sono assicurati: l'80,8% dei bambini dell'asilo nido; il 60,5% dei bambini delle scuole dell'infanzia; il 43% dei bambini delle scuole primarie.

Se utilizzato e correttamente allacciato il seggiolino riduce il rischio di morte da incidente stradale del 69% sotto l'anno di vita e del 47% tra 1 e 4 anni (*National Center for Health Statistics. Health, 1996-97. Hyattsville, , 1997*) e il 24% dei traumi non fatali in età pediatrica (*Ruta D, et al. 1993*)

Dalla valutazione effettuata nell'ambito della campagna GenitoriPiù, è risultato che le conoscenze dei genitori su questa tematica sembrano essere abbastanza diffuse anche se i genitori stessi dichiarano che circa un bambino su 5 viene trasportato in auto in maniera non sicura.

Due sono i problemi da affrontare: il mancato utilizzo da parte di molti automobilisti dei sistemi di ritenuta durante il trasporto dei bambini in auto e uno scorretto utilizzo degli stessi.

I comportamenti scorretti sono motivati dalla convinzione che il bambino stia scomodo sul seggiolino, dal presupposto che il trasporto sul sedile posteriore sia comunque sicuro, e dalla mancata percezione del rischio del trasporto quando si tratta di un bambino molto piccolo, soprattutto quando il percorso è limitato e cittadino, ritenuto, a torto, più sicuro.

Le revisioni di letteratura dimostrano l'efficacia di interventi rivolti ai genitori per ridurre i traumi non intenzionali (*Kendrick D et al. 2009*). Una revisione volta a determinare l'efficacia degli interventi per incrementare l'uso del seggiolino (*Zaza S et al. 2001*) ha stabilito che il counselling faccia a faccia tra l'operatore sanitario e i genitori è uno strumento efficace per l'incremento dell'uso del seggiolino. Altri interventi molto efficaci riguardano l'uso dei media e la distribuzione gratuita dei seggiolini, soprattutto per le famiglie meno abbienti. È quindi necessario pianificare interventi di counselling, consistenti nel riprendere periodicamente con i genitori l'informazione

sull'importanza di questa misura protettiva, per mantenere viva l'attenzione ed evitare che la percezione del rischio si riduca.

Per far questo va consolidata la conoscenza degli operatori su questo tema e soprattutto sostenuta la pratica di dare consigli ai genitori all'interno del percorso nascita, infatti al fine del successo di iniziative di promozione della salute che richiedono un coinvolgimento attivo della popolazione, è fondamentale la convinzione e l'atteggiamento da parte degli operatori sociosanitari, che devono poter sia esercitare le loro attività che comunicare in modo coerente i messaggi di promozione della salute.

L'approccio su cui si deve basare l'intervento di counselling è quello del favorire la partecipazione attiva (empowerment) dei genitori; tale scelta deriva dalla consapevolezza dei limiti di una modalità esclusivamente prescrittiva in un sistema sanitario evoluto, e dall'impossibilità di prescrivere comportamenti che poggiano sull'interiorizzazione da parte delle famiglie del compito di salute proposto.

Nell'ambito della promozione della salute perinatale e infantile, sono da tempo considerati come prioritari, in quanto di efficacia dimostrata e con effetti importanti sulla salute, interventi finalizzati alla promozione di diverse pratiche di prevenzione come anche l'utilizzo di appropriati mezzi di protezione del bambino negli spostamenti, anche brevi, in automobile.

Sul piano metodologico il progetto presuppone un *lavoro integrato di rete* (nella sanità e con gli altri soggetti coinvolti, i cosiddetti stakeholders), l'ottimizzazione delle risorse (una campagna - molte azioni) e il coinvolgimento della famiglia nella gestione della salute propria e dei propri figli (empowerment). Oltre agli effetti incrociati tra i diversi fattori protettivi, è questo assetto metodologico, teso a valorizzare capacità e competenze, a sostenere senza sostituirsi, che rappresenta il filo conduttore comune.

Le attività di promozione dell'uso del seggiolino in auto sono coerenti con:

- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ("promuovere campagne di informazione rivolte alle gestanti e alle puerpere)

- Piano Nazionale per la Prevenzione 2005-2007 (piano di prevenzione incidenti stradali).

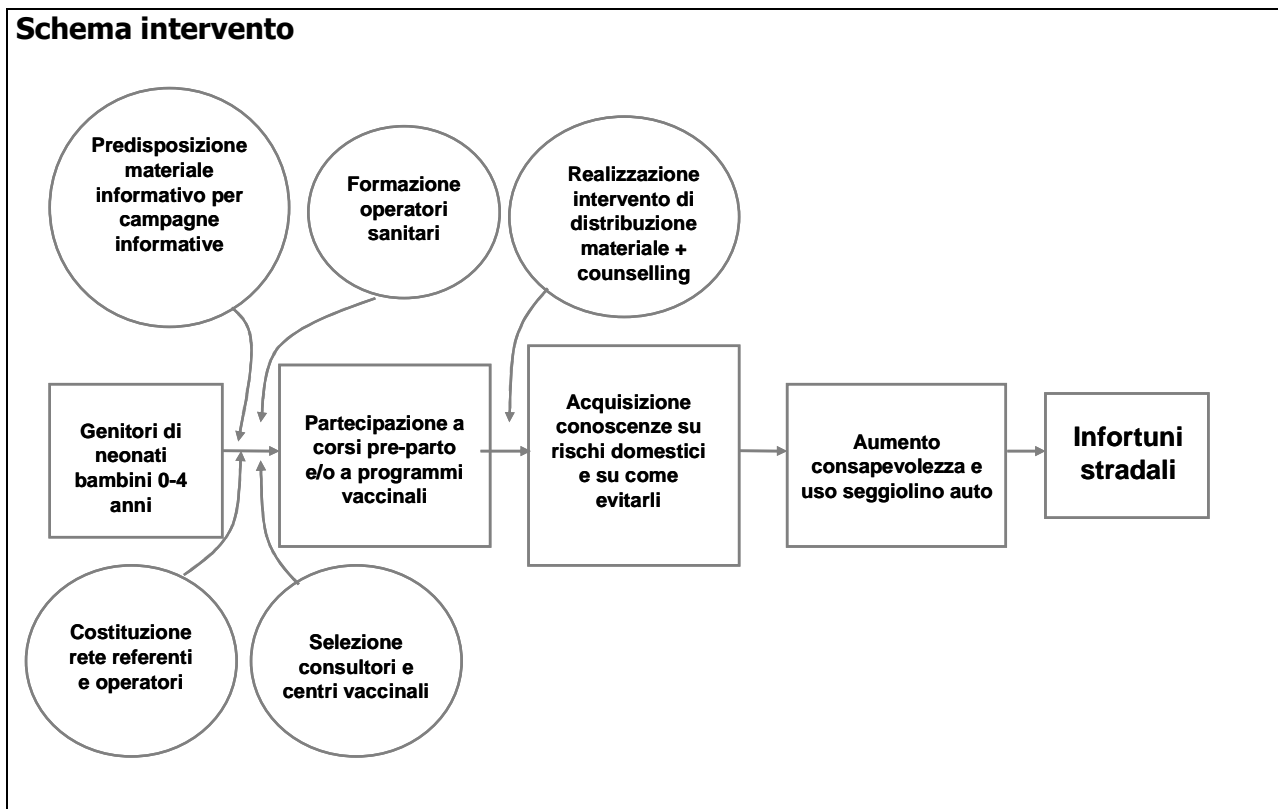
documento programmatico "Guadagnare Salute" – Rendere facili le scelte salutari", che prevede un intervento "multicomponenti" con attività di comunicazione e informazione per la salute.

- La campagna Nazionale di comunicazione GenitoriPiù

L'intervento di promozione dell'uso del seggiolino che si vuole portare avanti farà riferimento al modello validato Genitoripiù che si basa sulle seguenti linee di attività:

5. *creazione di una rete* che coinvolga attivamente i servizi territoriali (consultori familiari, presidi vaccinali) nello sviluppo dell'intervento di promozione dell'AS.
6. *formazione/aggiornamento degli operatori per* il trasferimento delle conoscenze e competenze sulle evidenze di efficacia dell'AS, sull'implementazione e la sensibilizzazione al counselling rivolta agli operatori dei servizi territoriali che svolgono attività inerenti il percorso nascita
7. *promozione* attraverso la consegna di materiali informativi alle donne in occasione incontri di accompagnamento alla nascita insieme a un minicounselling verbale.

## Schema intervento



## Cronoprogramma Intervento

ATTIVITA'	ANNO 2011												ANNO 2012											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Individuazione Referenti aziendali	■	■	■																					
Costituzione rete operatori			■	■	■																			
Revisione materiale divulgativo				■	■	■	■	■	■															
Formazione / aggiornamento operatori sanitari coinvolti						■	■	■	■	■														
Realizzazione intervento presso consultori e centri vaccinali												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Beneficiari:  
operatori territoriali dedicati

genitori/neonati

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

Concorrere ad aumentare l'informazione e ad incrementare le competenze genitoriali perché la scelta di utilizzare il seggiolino auto, anche per brevi tragitti, sia consapevole ed effettivamente praticabile

<i>INDICATORI</i>	<i>FONTE DI VERIFICA</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011</i>		<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012</i>	
			<i>ATTESO</i>	<i>OSSERVATO</i>	<i>ATTESO</i>	<i>OSSERVATO</i>
% di operatori dedicati formati	Dati ECM (n. partecipanti ai corsi)	0,0%	50%		70%	
% atti di attivazione della rete aziendale	Documentazione aziendale	0%	50%		70%	
Numero opuscoli distribuiti	Certificazione aziendale	0	1500		8500	



O

**Titolo del Progetto o del programma:**

**E' possibile rendere sicure le sostanze pericolose**

**Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :**

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

**n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale**

**2.2.1**

**Breve descrizione dell'intervento programmato**

L'esposizione alle sostanze potenzialmente dannose per la salute in ambito lavorativo, e le conseguenti ricadute in termine di patologie professionali, tumorali e non, deriva da inadeguate metodologie utilizzate in fase di valutazione dei rischi, da inadeguati metodi di stima dell'effettiva esposizione del lavoratore, dalla capacità delle misure di prevenzione e protezione di far diminuire il rischio.

Il progetto affronta in maniera sistematica e condivisa l'argomento normato nel Titolo IX del D.Lgs. 81/08, ed ha come obiettivo generale quello di ridurre i livelli di esposizione dei lavoratori alle sostanze pericolose in ambito lavorativo, e prevede:

8. l'incremento dell'efficienza e dell'efficacia delle attività di prevenzione e vigilanza dei Servizi Presal che dovranno potenziare tali attività verso le aziende del settore, fornendo nel contempo strumenti e assistenza alle imprese;
9. lo sviluppo di un sistema regionale di rilevazione epidemiologica delle patologie da lavoro a carattere tumorale (D.Lgs. 81/08, art 244) e non;
10. il potenziamento delle attività di sorveglianza e assistenza sanitaria agli ex-esposti
11. lo sviluppo di una stretta collaborazione tra i Servizi Presal e le Associazioni di categoria con l'obiettivo di sensibilizzare e informare le Associazioni di categoria in modo che siano in grado di trasformare le occasioni di incontro con gli iscritti, in occasioni di scambio e informazione rispetto ai temi della salute e sicurezza

**Il contesto**

Le sostanze pericolose sono presenti in molti luoghi di lavoro e l'esposizione ad esse ed ai rischi che ne derivano può verificarsi in molti luoghi di lavoro, sia in quelli in cui si producono che in quelli in cui vengono utilizzate.

Tali sostanze, fra cui comprendiamo agenti chimici, agenti cancerogeni e mutageni, possono essere responsabili di numerose e differenti tipologie di danno: neoplasie, alterazioni nella capacità di riproduzione, o provocare menomazioni alla nascita. Altre sostanze possono causare danni al cervello, al sistema nervoso e provocare asma e pelle patologie cutanee.

Il danno derivato dalle sostanze pericolose può essere causato da una singola esposizione di breve durata oppure dall'accumulo di sostanze all'interno del corpo nell'arco di un lungo periodo di tempo.

Nella Regione Lazio la distribuzione delle aziende e degli addetti per comparto, nonché l'andamento delle malattie da lavoro denunciate all'INAIL dal 2000 al 2008 sono descritti nelle tabelle seguenti.

Regione Lazio- Anno 2008		
Comparti	Aziende (P.A.T. attive)	Addetti

01 Agrindustria e pesca	2136	5.459,5
02 Estrazioni minerali	269	4.475,8
03 Industria Alimentare	4244	21.097,4
04 Industria Tessile	4485	10.684,5
05 Industria Conciaria	87	238,2
06 Industria Legno	4461	9.926,1
07 Industria Carta	2943	13.567,0
08 Industria Chimica e Petrolio	885	25.925,0
09 Industria Gomma	768	3.003,0
10 Ind. Trasf. Non metalliferi	2084	12.811,8
11 Industria Metalli	84	1.935,2
12 Metalmeccanica	16851	61.720,3
13 Industria Elettrica	2612	20.819,7
14 Altre industrie	6480	15.398,4
15 Elettricità Gas Acqua	264	58.744,1
16 Costruzioni	56319	166.678,5
17 Commercio	43013	129.633,7
18 Trasporti	13713	178.560,2
19 Sanità	7214	145.298,6
20 Servizi	142428	1.382.510,0
99 Comparto non determinabile	9218	11.145,0
	<b>320.558,0</b>	<b>2.279.632,0</b>

Fonte dati Flussi informativi INAIL-Regioni; elaborazioni a cura di Laziosanità-ASP

<b>Regione Lazio - Malattie Professionali denunciate per comparto a anno.</b>										
<b>Anni 2000 - 2008</b>										
	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>Totale</b>
00 Agricoltura	24	31	39	19	33	41	33	51	37	308
01 Agrindustria e pesca	2	3	.	6	3	3	5	5	.	27
02 Estrazioni minerali	31	11	10	17	9	10	13	12	12	125
03 Industria Alimentare	19	28	31	27	27	31	25	22	28	238
04 Industria Tessile	9	29	15	18	22	19	15	13	10	150
05 Industria Conciaria	.	.	1	1	.	.	1	.	1	4
06 Industria Legno	13	17	29	25	25	30	13	25	23	200
07 Industria Carta	39	31	48	59	29	32	29	21	13	301
08 Industria Chimica e Petrolio	21	33	34	48	49	38	32	17	38	310
09 Industria Gomma	5	7	11	9	3	4	3	2	5	49
10 Ind. Trasf. Non metalliferi	50	69	53	48	71	48	52	76	61	528
11 Industria Metalli	3	6	3	2	1	3	1	6	9	34
12 Metalmeccanica	79	107	124	137	125	97	88	83	101	941
13 Industria Elettrica	28	19	14	21	26	17	16	23	17	181
14 Altre industrie	5	16	7	16	16	15	13	13	6	107
15 Elettricità Gas Acqua	52	55	83	55	55	63	76	128	194	761
16 Costruzioni	136	144	187	173	159	203	159	177	246	1584
17 Commercio	14	14	17	18	29	37	25	18	35	207
18 Trasporti	96	148	250	222	172	136	176	186	279	1665
19 Sanita'	14	37	31	44	61	80	58	75	73	473
20 Servizi	253	386	544	469	514	555	396	336	541	3994
21 Conto Stato	14	10	17	14	14	49	15	15	20	168
99 Comparto non determinabile	.	2	2	3	.	1	15	11	15	49
manca inf.	542	460	296	275	304	266	466	505	300	3414
<b>Totale</b>	<b>1449</b>	<b>1663</b>	<b>1846</b>	<b>1726</b>	<b>1747</b>	<b>1778</b>	<b>1725</b>	<b>1820</b>	<b>2064</b>	<b>15818</b>

Fonte dati Flussi informativi INAIL-Regioni; elaborazioni a cura di Laziosanità-ASP

Con l'entrata in vigore del D.Lgs 81/08, e specificatamente al Titolo IX del decreto, viene normato in maniera articolata tutto l'ambito che riguarda la protezione da agenti chimici, cancerogeni e mutageni.

Ancorchè le normative in materia siano state emanate da alcuni anni, con il decreto 81/08 si sono esplicitati in maniera più analitica i criteri di corretto affronto della valutazione dei rischi e delle conseguenti misure da adottare per la tutela della salute dei lavoratori.

Da un punto di vista delle sostanze utilizzate e oggetto di esposizione al rischio bisogna considerare che tali sostanze, liquide, gassose o solide, si trovano in quasi tutti gli ambienti di lavoro, comprese le (PMI) e comprendono sia materie prime che prodotti secondari dell'attività produttiva. A ciò si aggiunge la presenza di più sostanze nello stesso ciclo lavorativo che configura spesso l'esposizione del lavoratore a numerose tipologie di inquinanti

L'aggiornamento normativo e tecnologico configurano tale tipo di contesto su cui intervenire:

5. frammentarietà nell'organizzazione del lavoro
6. necessità di adeguamento per l'applicazione delle norme
7. crisi economica e dei mercati
8. aumento del numero di sostanze e di preparati pericolosi presenti in commercio e utilizzati nelle diverse attività lavorative
9. immissione in commercio di nuove sostanze, poco studiate, anche per gli effetti a lungo termine e gli effetti sinergici

### **I problemi**

Ad oggi, per la molteplicità e per l'introduzione costante di nuove sostanze, la valutazione ed il controllo dei rischi per i lavoratori presenta numerose problematiche.

La inadeguata gestione dei rischi da esposizione a sostanze pericolose costituisce, pertanto, il principale problema che il progetto intende affrontare in maniera efficace. Tale inadeguata gestione dei rischi discende da vari fattori.

La specificità delle lavorazioni in cui sono utilizzate le sostanze e la frequente difficoltà del datore di lavoro di gestire adeguatamente i rischi specifici ( si pensi soprattutto alle PMI), anche per il basso livello di competenza sulle tematiche di gestione di tali rischi. A questo deve aggiungersi che la crisi economica e occupazionale sicuramente contribuisce ad aumentare tali difficoltà

Ciò si lega alla problematica più generale di applicazione del Sistema di Gestione della Sicurezza previsto dal D.Lgs. 81/08

Dal lato delle attività di prevenzione e vigilanza da parte degli organi preposti, si osserva spesso una disomogeneità nei criteri di attuazione della vigilanza, che si concretizza anche in una assistenza alle imprese sulla corretta applicazione normativa non sempre efficace.

Si deve aggiungere, inoltre, la necessità di un deciso miglioramento delle conoscenze sia del numero delle aziende che dei lavoratori esposti, sia dell'incidenza di patologie lavorative riconducibili ad esposizioni a tali rischi, per incidere con più efficacia nelle strategie ed attività di vigilanza e prevenzione, volte a produrre ricadute positive sulla salute dei lavoratori.

### **Gli obiettivi e i risultati attesi**

Lo scopo dei piani di prevenzione nello specifico ambito trattato in questo progetto, in coerenza con gli indirizzi europei al riguardo, è quello di realizzare interventi che contribuiscano ridurre i livelli di esposizione dei lavoratori alle sostanze pericolose attraverso l'eliminazione e la sostituzione delle stesse nei luoghi di lavoro.

Per raggiungere tali obiettivi, e proteggere la salute dei lavoratori, è necessario articolare le attività tenendo conto che si deve:

12. Migliorare la conoscenza della distribuzione territoriale delle aziende con lavoratori esposti ai rischi specifici in base alle sostanze utilizzate nei cicli lavorativi, attraverso la definizione della mappatura regionale
13. Migliorare l'efficacia delle attività di prevenzione e vigilanza realizzando, su tutto il territorio

regionale, programmi mirati nei comparti a rischio per la ricerca attiva delle patologie da lavoro, elemento fondamentale non solo per favorire l'emersione delle stesse ma anche per definire il quadro di salute dei lavoratori di questi comparti. In questo senso si definiranno protocolli operativi omogenei per l'attività di prevenzione e vigilanza, mirati anche alla ricerca attiva di patologie da lavoro e per adeguare la sorveglianza a favore degli ex esposti, anche al fine di svolgere in maniera mirata le attività territoriali rivolte agli stessi, quali ad esempio sportelli informativi

14. fornire un'adeguata assistenza alle imprese per migliorare la loro capacità di gestione dei rischi specifici, attraverso la definizione e diffusione, in maniera condivisa con le associazioni di categoria, di linee di indirizzo per la adeguata gestione dei rischi specifici

Il coinvolgimento delle associazioni di categoria è un punto fondamentale dello sviluppo degli obiettivi, in quanto, oltre a coinvolgere i principali portatori di interesse, permette di contestualizzare obiettivi ed azioni in base alle esigenze da questi individuate come prioritarie.

### **Beneficiari**

Lavoratori occupati nelle aziende in cui vi è un rischio di esposizione a sostanze pericolose (agenti chimici, agenti cancerogeni e mutageni) che saranno sottoposte ad interventi di prevenzione e vigilanza

### **Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti**

In tale ottica il progetto si pone come obiettivi specifici:

15. la mappatura del territorio regionale in termini di distribuzione delle aziende in cui sono presenti i rischi da sostanze pericolose e del numero dei lavoratori esposti ai rischi
16. interventi mirati di vigilanza nelle aziende a rischio da parte dei Servizi delle ASL
17. la realizzazione, su tutto il territorio regionale, di programmi per la ricerca attiva delle patologie da lavoro, per favorire l'emersione delle stesse e, conseguentemente, l'adozione di adeguate strategie di prevenzione
18. il miglioramento della sorveglianza sui lavoratori ex esposti alle sostanze pericolose, al fine di adeguare le attività territoriali rivolte agli stessi, quali ad esempio sportelli informativi,
19. il potenziamento dell'assistenza alle imprese per migliorare la loro capacità di gestione dei rischi specifici, attraverso la definizione e diffusione, in maniera condivisa con le associazioni di categoria, di linee di indirizzo per la adeguata gestione dei rischi specifici

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
<b>N. Aziende vigilate/n. aziende target nei comparti a rischio</b>	<b>Rilevazione regionale delle attività di vigilanza dei Servizi Presal</b>	/	<b>250/250</b>		<b>300/300</b>	
<b>n. sportelli informativi dedicati per assistenza, e informazione per aziende e lavoratori/N. di ASL x100</b>	<b>Rilevazione regionale delle attività di vigilanza dei Servizi Presal</b>	/	<b>Sportello attivato in almeno il 50% delle ASL</b>		<b>Sportello attivato in tutte le ASL</b>	

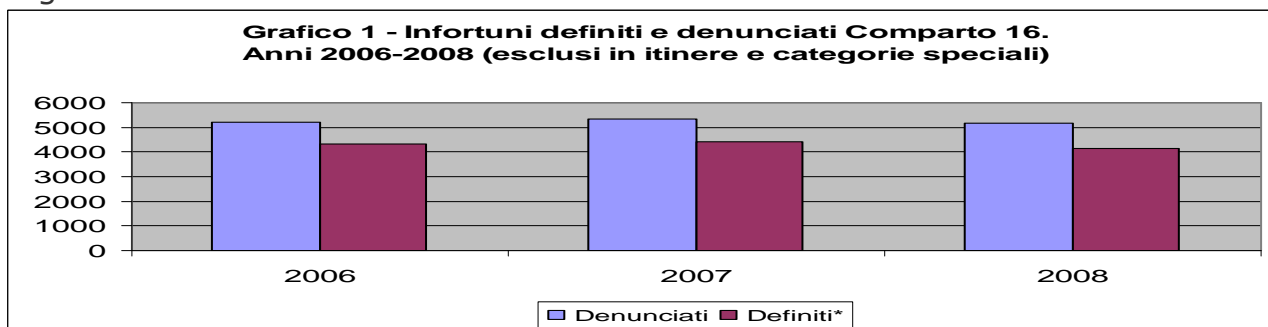
O

<p><b>Titolo del Progetto o del programma:</b>  <b>“Siamo sicuri che si può lavorare sicuri”</b></p>
<p><b>Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i:</b>  <b>Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate</b></p>
<p><b>N° identificativo del progetto o del Programma all’interno del Piano Operativo regionale:</b></p> <p><b>2.2.2</b></p>
<p><b>Breve descrizione dell’intervento programmato</b>  L’obiettivo di questo progetto è quello di definire e realizzare piani di intervento mirati ai comparti edilizia ed agricoltura nell’ottica della riduzione degli infortuni mortali e gravi. Ulteriore obiettivo è quello di migliorare le conoscenze sugli infortuni lavorativi, sui rischi presenti nell’ambiente di lavoro e sulle attività di prevenzione e vigilanza intraprese. I beneficiari individuati sono tutti i soggetti che a vario titolo fanno parte del sistema della prevenzione negli ambienti di lavoro ovvero i lavoratori, i Datori di Lavoro, RLS, RSPP, le Parti Sociali, le Associazioni di Categoria, i Medici Competenti ed i Servizi di Prevenzione degli ambienti di lavoro delle 12 ASL del territorio.  <b>Obiettivo generale:</b> riduzione del tasso degli infortuni mortali e gravi nel comparto edilizia e nel comparto agricoltura  <b>Obiettivi specifici:</b>  1) Miglioramento dei flussi informativi dei rischi e dei danni infortunistici, nonché delle attività di vigilanza e prevenzione realizzate dal sistema regionale  2) Definizione e realizzazione di piani di intervento mirati ai comparti edilizia ed agricoltura</p> <p><b><u>Analisi di Contesto</u></b>  I dati provenienti dall’ISTAT mostrano un lieve incremento (1,2%) della popolazione residente nel Lazio tra il 2007 (5.493.308 residenti) ed il 2008 (5.561.017 residenti); l’8,5% dei residenti è rappresentato da soggetti nati all’estero (313.927). Il tasso di attività (rapporto tra popolazione attiva e persone in età lavorativa) è pari al 65,1% ed il tasso d’occupazione medio è pari al 60,2% : entrambi rilevano un trend superiore al dato nazionale (63% e 58%). Il tasso di disoccupazione regionale (rapporto percentuale tra persona in cerca di lavoro e forza lavoro x 100) a fine 2008 è pari al 7,5%. Nel periodo 2000-2008 si è registrata una riduzione del numero di infortuni sul lavoro (esclusi gli infortuni in itinere e quelli relativi a categorie speciali) del 9 % , alla quale hanno contribuito prevalentemente gli uomini (-15,1%), mentre tra le donne si è registrato un incremento del 6,2 %. Relativamente agli eventi mortali, l’andamento generale mostra una diminuzione progressiva nel corso degli anni (da 112 casi nel 2006 a 91 nel 2008). Di seguito uno schema di sintesi che</p>

descrive il problema di salute "infortuni sul lavoro e malattie professionali" (modello di Evans, 1990):

### COMPARTO COSTRUZIONI

Il comparto delle costruzioni (16) comprende le costruzioni edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte, di impianti; di queste, le lavorazioni che impiegano il maggior numero di addetti sono le costruzioni edili. Nel periodo 2006-2008 si assiste ad una lieve riduzione degli infortuni denunciati che passano da 5198 nel 2006 a 5168 nel 2008 (-0,4%). Per quanto riguarda gli infortuni mortali, il comparto registra una lieve riduzione dei casi denunciati (da 30 nel 2006 a 20 nel 2008). In generale, nel comparto, nel 2008 avvengono il 22 % degli eventi mortali denunciati nella Regione ed il 29,5 % dei mortali definiti positivamente. Un dato interessante riguarda gli infortuni occorsi a lavoratori provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria definiti positivamente: si assiste ad un aumento consistente dei casi che passano da 593 eventi nel 2006 a 763 nel 2008. In conclusione il comparto costruzioni è il settore produttivo di maggior rilievo dopo quello dei servizi nella Regione Lazio sia dal punto di vista della numerosità degli addetti che del numero di infortuni rilevati e come tale deve essere oggetto di interventi mirati al fine di garantire un miglioramento evidente della salute dei lavoratori.



### COMPARTO AGRICOLTURA

Le aziende agricole rappresentano un'importante settore produttivo nell'economia del Lazio in particolare in alcune province come Latina e Viterbo. La frequenza e la gravità degli infortuni in particolare quelli connessi con l'impiego di macchine agricole sono elevate a causa della particolare struttura produttiva costituita per circa l'89,4% da imprese individuali, per circa il 32,5 % da società di capitale e per il 4,8% da società di persone. Di seguito una tabella riassuntiva dell'andamento degli infortuni nel comparto agricoltura:

<b>Infortuni denunciati comparto agricoltura</b>		
<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>

2424 (4,8%)*	2072 (4,2%)*	1987 (4,1%)*
<b>Infortunati con inabilità di grado &gt;= al 6% comparto agricoltura</b>		
<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
184 (8,9%)*	160 (7,9%)*	112 (7,7%)*
<b>Infortunati mortali denunciati comparto agricoltura</b>		
<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
11 (9,8%)*	4 (4%)*	9 (9,9%)*
*% sul totale		

L'obiettivo generale di questo progetto in linea con l'obiettivo del Piano Nazionale di Prevenzione, è quello di ridurre il numero degli infortuni mortali e gravi nei comparti edilizia ed agricoltura attraverso azioni di vigilanza maggiormente efficaci ed efficienti ed attraverso una diffusione più capillare di informazioni e linee di indirizzo. Alla base dell'elevato numero di infortuni rilevati nei comparti edilizia ed agricoltura, nonostante il trend in diminuzione evidenziato dai dati assicurativi, si colloca sicuramente un aumento delle condizioni di rischio nei due comparti. In particolare per l'edilizia si registrano numerose irregolarità sui cantieri dovute sia ad una evidente difficoltà di applicazione della normativa vigente e sia ad una scarsa percezione del rischio presente nell'ambiente di lavoro da parte di lavoratori e imprese. Per l'agricoltura il problema più rilevante è sicuramente legato all'utilizzo di macchine agricole irregolari ed obsolete, conseguenza tra l'altro, dell'oggettiva difficoltà di adeguamento delle stesse. Per entrambi i comparti un fattore determinante nel condizionare il fenomeno infortunistico regionale è rappresentato dalla scarsa diffusione delle informazioni sui rischi e dalla conseguente scarsa percezione degli stessi da parte dei lavoratori e delle imprese. Fra i fattori alla base di questa minore attenzione alla sicurezza vi sono la piccola dimensione delle imprese e la scarsa formazione dei lavoratori spesso con esperienza non adeguata alla pericolosità delle mansioni. A fronte di una dimostrata rischiosità dei due comparti si registrano anche disomogeneità negli interventi di vigilanza sul territorio soprattutto per la mancanza di un censimento reale delle aziende operanti sul territorio (soprattutto per il comparto agricoltura) e sia per la carenza di linee di indirizzo ben definite.

L'obiettivo specifico del progetto è la realizzazione di interventi mirati da parte



delle ASL nel comparto edilizia e in quello dell'agricoltura nei territori nei quali sono presenti tipologie di lavoro riferibili a tali comparti.

In particolare per il comparto edilizia l'obiettivo è quello di migliorare le condizioni di sicurezza nei cantieri edili attraverso:

- il censimento delle aziende operanti nel territorio
- l'utilizzo di metodi ispettivi standardizzati supportati da corsi di aggiornamento per gli operatori dei Servizi di Prevenzione e Vigilanza
- la diffusione di linee di indirizzo condivise per le aziende, i tecnici del settore e le associazioni di categoria

Per il comparto agricoltura l'obiettivo è quello di migliorare le condizioni di sicurezza delle macchine ed attrezzature attraverso:

- il censimento delle aziende garantendo la disponibilità di una anagrafe aggiornata delle aziende agricole
- la vigilanza mirata e con metodi standardizzati
- la diffusione di linee di indirizzo e l'assistenza alle imprese sull'adeguamento delle macchine

Alla base di tutto il quadro descritto si colloca la necessità di migliorare le capacità di conoscenza sulla distribuzione e le modalità di accadimento degli infortuni mortali e gravi a livello regionale al fine di rendere le attività di prevenzione coerenti con le reali necessità del territorio. La rilevazione continua delle informazioni relative agli infortuni permetterebbe anche di monitorare l'efficacia degli interventi già intrapresi. La centralità del sistema informativo ai fini della programmazione e pianificazione delle iniziative di prevenzione degli infortuni sul lavoro è già stata evidenziata attraverso numerosi atti e normative sanciti in questi ultimi anni:

- il Protocollo d'Intesa sul Sistema Informativo Nazionale Integrato per la prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP), tra il Coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome, il Ministero della Salute, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, l'Inail, l'IspeSl e l'Ipsema
- il Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM 17 Dicembre 2007)
- il Sistema di sorveglianza nazionale permanente sugli infortuni mortali (progetto CCM-ISPEL insieme alle Regioni ed all'INAIL)
- il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n°81 "Attuazione dell'articolo 1 delle Legge 3 Agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" che all'art 8 cita il Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro.

In questo contesto si colloca l'attività dell'Osservatorio Regionale sulla Sicurezza e la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro con l'obiettivo di concorrere a migliorare le conoscenze su tutti gli aspetti legati alla salute in ambito lavorativo e di essere di supporto all'individuazione delle priorità d'intervento a livello regionale delle

singole Aziende ASL. L'Osservatorio Regionale dovrà provvedere, quindi, al consolidamento delle attività già iniziate e di seguito elencate ponendo particolare attenzione alla produzione e diffusione di report tecnici e materiale informativo al fine di aumentare le capacità di conoscenza sul fenomeno infortunistico regionale:

- elaborazione dei dati regionali INAIL con produzione di Rapporti Regionali sull'andamento degli infortuni e delle Malattie da Lavoro
- integrazione dei dati INAIL con altre fonti informative (GIPSE- Sistema informativo dell'emergenza sanitaria)
- monitoraggio continuo degli infortuni mortali e gravi che accadono in Regione con pubblicazione dei dati sul sito web [www.laziosaluteesicurezza.it](http://www.laziosaluteesicurezza.it)
- monitoraggio degli accessi per infortunio sul lavoro nei Pronto Soccorso regionali (dati SIES, dati GIPSE) con produzione di report mensili e trimestrali
- potenziamento del sistema di Sorveglianza Infortuni mortali
- rilevazione attività Medici Competenti art. ex 40 D.Lgs 81/08 e s.m.i.

**Beneficiari:** Soggetti del sistema della prevenzione ambienti di lavoro: lavoratori occupati nella Regione Lazio (Comparto Costruzioni n. addetti 2008 19.047, Comparto Agricoltura n. addetti 2008 5.472), Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro delle ASL , Associazioni di categoria datoriali e dei lavoratori, RLS, RSPP, Medici Competenti

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

- Miglioramento delle capacità di conoscenza della distribuzione e delle modalità di accadimento degli infortuni mortali e gravi
- Miglioramento delle condizioni di sicurezza delle macchine e delle attrezzature nel comparto agricoltura
- Miglioramento delle condizioni di sicurezza dei lavoratori edili

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
n. di cantieri ispezionati/ n. di cantieri previsti dal Piano Regionale edilizia x 100	Rilevazione regionale delle attività di vigilanza dei Servizi Presal delle AUSL	/	Almeno il 90%		100%	
n. di aziende agricole ispezionate /n. di aziende agricole del territorio	Rilevazione regionale delle attività di vigilanza dei Servizi Presal delle AUSL	/	250/500		500/500	
n. di macchine agricole non conformi individuate in sede di vigilanza/n. di macchine ispezionate x 100	Rilevazione regionale delle attività di vigilanza dei Servizi Presal delle AUSL	/	70%		40%	

O

Titolo del Programma:

**Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici in ambito domestico tra gli anziani e bambini di 0-4 anni**

Identificativo della Linea di intervento generale:

**2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico**

N° identificativo del Programma all'interno del Piano Operativo regionale:

**2.3.1**

Breve descrizione dell'intervento programmato

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di sanità pubblica di grande rilevanza nella maggior parte dei Paesi industrializzati, dove secondo il WHO sono prima causa di morte per i bambini fra 0 e i 4 anni. I costi che ne derivano sono elevati non solo in termini di vite umane, ma anche di invalidità permanenti e di costi socio-sanitari.

Il rischio di incidente è associato alla durata del tempo trascorso all'interno delle mura domestiche, a fattori specifici relativi alla persona e all'ambiente abitativo. Secondo il sistema di sorveglianza sugli incidenti domestici della Regione Lazio, implementato nell'ambito del PRP 2005-07 e basato sull'integrazione degli accessi alle strutture di emergenza (SIES), con gli episodi di ricovero (SIO) e i decessi (SIM), risultano per l'anno 2006 circa 117 mila accessi al PS per trauma accaduto in ambito domestico, di cui il 9% ricoverati e di questi il 6% deceduti. I gruppi di popolazione più a rischio sono i bambini di età 0-4 anni e gli anziani di oltre 70 anni, con tasso d'incidenza degli accessi in PS rispettivamente di 5.150 e 3.291 per 100.000 (SIES, 2009). Dai 50 anni di età il rischio risulta superiore per le donne e il divario rispetto agli uomini aumenta con l'avanzare dell'età.

L'indagine PASSI rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. Dal Rapporto regionale 2007-08, nel Lazio il 92% degli intervistati risulta avere una percezione del rischio bassa o assente; meno di una persona su quattro (27%) riporta di aver ricevuto informazioni su come prevenire gli infortuni, di cui circa un terzo ha modificato i propri comportamenti o adottato misure per rendere più sicura l'abitazione. La consapevolezza della possibilità di un incidente domestico risulta essere associata all'adozione di misure di sicurezza (OR=1,6; p>0,001), indipendentemente dal sesso, età e livello d'istruzione.

Per realizzare interventi efficaci di promozione della salute è essenziale quindi promuovere una cultura della sicurezza. Gli operatori della prevenzione dovrebbero mirare la propria azione prioritariamente alla modifica della bassa percezione del rischio, ciò al fine di determinare un aumento delle competenze dei cittadini nel gestire i determinanti della propria salute.

Risulta quindi importante svolgere interventi informativi per la prevenzione dei rischi infortunistici domestici, in particolare per anziani e bambini di 0-4 anni, coerente con:

- Piano Nazionale per la Prevenzione 2005-07 "Sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici";
- Programma "Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari", intervento "multicomponenti" con attività di comunicazione e informazione per la salute – Ministero della Salute;
- Campagna nazionale di comunicazione "Genitori più" - Ministero della Salute;
- "Progetto nazionale di promozione attività motoria" – CCM.

Due sono le linee di attività che si propone il Programma:

## **A. Promozione di comunicazione e iniziative organizzate miranti a promuovere l'attività fisica negli anziani e la riduzione dei rischi da trauma domestico**

Gli anziani, sappiamo, rappresentano una fetta della popolazione in continuo aumento per effetto dell'evoluzione demografica. L'aumento della disabilità e la conseguente crescita dei costi assistenziali, solo per citare alcuni dei problemi legati all'aumento dell'aspettativa di vita, impongono l'attuazione di interventi che favoriscano un invecchiamento sano.

Le cadute rappresentano per l'anziano la prima causa di incidente domestico. Nella maggior parte dei casi, alla caduta segue il ricovero con una degenza ospedaliera più lunga rispetto ai più giovani e con un più alto tasso di letalità (WHO 2005). Il 30% degli anziani è soggetto ad una caduta ogni anno, di cui il 20-30% subisce una conseguente ridotta mobilità e un rischio più alto di morte prematura. La caduta è un evento temibile per l'anziano non solo in termini di disabilità, ma anche per le ripercussioni psicologiche: la perdita di sicurezza e la paura di cadere di nuovo possono accelerare il declino funzionale e indurre depressione o isolamento sociale (*PNLG – Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*).

Gli interventi rivolti agli anziani devono quindi prevenire o rallentare l'insorgere dei problemi legati alla difficoltà motoria, dovuta a maggiore fragilità scheletrica, scarsa muscolatura, rallentamento dei riflessi, riduzione della capacità sensoriale. Lo svolgimento di una costante attività fisica, oltre ad essere rilevante per la prevenzione di malattie croniche, diminuisce il rischio di cadere. Per gli anziani, infatti, si sono dimostrati particolarmente efficaci gli interventi basati sull'attività fisica volta ad incrementare la forza muscolare, il senso di equilibrio, la deambulazione, gli spostamenti e la salita delle scale (*Lyons et al. 2003; Gillespie et al. 2003, McClure et al. 2005*). Va sottolineato che l'induzione alla pratica dell'attività motoria, contribuisce alla costruzione e mantenimento di reti sociali e relazionali.

Non solo le condizioni di salute della persona anziana determinano le situazioni che facilitano le cadute, ma anche la struttura dell'unità abitativa, il suo livello di dotazione infrastrutturale e di arredo. Secondo alcune fonti, vivere in un'abitazione non sicura aumenta di circa il 50% il rischio di cadute. Tra gli interventi che mirano a rendere più sicura la casa sono: la rimozione degli ostacoli, l'utilizzo di tappetini di sicurezza, il miglioramento dell'illuminazione, l'installazione del corrimano e delle maniglie da vasca da bagno e l'uso di strisce adesive antiscivolo.

Le fasi previste per la realizzazione della linea di attività A sono:

20. *creazione di una rete* di Referenti aziendali che coinvolga i Centri di aggregazione per anziani presenti nel territorio per lo svolgimento degli interventi di comunicazione e promozione;
21. *formazione/aggiornamento degli operatori* dei servizi territoriali per il trasferimento delle conoscenze e competenze sulle modifiche da apportare in casa per ridurre il rischio di incidente e sui benefici dell'attività fisica;
22. *promozione* attraverso attività di comunicazione e consegna di materiale informativo presso i Centri di aggregazione anziani.

Sarebbe auspicabile l'avvio di gruppi di cammino per anziani, che oltre ad incrementare l'esercizio fisico nella vita quotidiana, rappresentano un modo per svolgere un'attività accessibile a tutti, in

quanto economica, in spazi pubblici e per attivare, al tempo stesso, strumenti di integrazione sociale. La criticità alla realizzazione di gruppi di cammino è determinata principalmente dalla necessità di disponibilità economica per la remunerazione degli istruttori di attività motoria, indispensabili nella fase di avvio dell'attività.

#### **B. Realizzazione di campagne informative nei consultori e centri vaccinali per i genitori**

I fattori di rischio nei primi anni di vita sono: fattori comportamentali, che dipendono da caratteristiche del bambino e/o dell'adulto responsabile, e strutturali della casa. La sicurezza passa attraverso l'attenzione dell'adulto e una diversa disposizione degli oggetti.

Gli incidenti più frequenti in questa fascia di età sono: le cadute, le ustioni, il soffocamento, l'avvelenamento e l'annegamento.

L'intervento di promozione proposto dal presente Programma fa riferimento al modello validato "GenitoriPiù", basato su interventi rivolti ai genitori attraverso il counselling "breve e ripetuto", favorendo la partecipazione attiva (empowerment) dei destinatari. Per pianificare tali interventi di counselling, che riprendono periodicamente con i genitori l'informazione per mantenere viva l'attenzione, evitando che la percezione del rischio si riduca, va consolidata la conoscenza degli operatori e soprattutto sostenuta la pratica di dare consigli ai genitori all'interno del percorso nascita. Infatti al fine del successo di iniziative di promozione della salute, che richiedono un coinvolgimento attivo della popolazione, è fondamentale la convinzione degli operatori socio-sanitari.

Le fasi previste dal modello "GenitoriPiù" sono:

23. *creazione di una rete* che coinvolga attivamente i servizi territoriali (consultori familiari, presidi vaccinali) nello sviluppo delle campagne informative;
24. *formazione/aggiornamento degli operatori* dei servizi territoriali per il trasferimento delle conoscenze e competenze sui rischi infortunistici in ambito domestico e su come prevenirli, sull'implementazione e la sensibilizzazione al counselling;
25. *promozione* attraverso la consegna di materiale informativo ai genitori in occasione degli incontri ai corsi pre-parto e ai centri vaccinali insieme a un minicounselling verbale.

#### Beneficiari

- Operatori territoriali dedicati
- Individui di età superiore a 65 anni
- Genitori / bambini di età 0-4 anni

#### Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

- A) aumentare la consapevolezza degli anziani di oltre 65 anni su come rendere la casa più sicura e sull'importanza dell'attività fisica per prevenire le cadute;
- B) concorrere ad incrementare le competenze di genitori di bambini 0-4 anni sui rischi infortunistici in ambito domestico e su come prevenirli.

**Obiettivo A - Promozione di comunicazione e iniziative mirate a promuovere l'attività fisica negli anziani e la riduzione dei rischi da trauma domestico**



**Obiettivo B - Realizzazione di campagne informative per i genitori nei consultori e centri vaccinali**





**CRONOPROGRAMMA - Progetto “Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici in ambito domestico tra gli anziani e bambini di 0-4 anni”**

ATTIVITA'	ANNO 2011												ANNO 2012												Criticità
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
<b>A - Promozione di comunicazione e iniziative organizzate mirati a promuovere attività fisica negli anziani e la riduzione dei rischi da trauma domestico</b>																									
Individuazione Referenti aziendali	■	■	■																						
Predisposizione materiale divulgativo				■	■	■	■	■	■																Possibilità di stampa parte delle ASL del materiale da utilizzare
Formazione / aggiornamento operatori sanitari coinvolti						■	■	■	■	■															
Individuazione centri di aggregazione anziani										■	■	■													
Stima valore indicatori al 31/12/2011											■	■													
Realizzazione interventi di promozione											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Stima valore indicatori al 31/12/2012																							■	■	
<b>B - Realizzazione di campagne informative nei consultori e centri vaccinali per i genitori</b>																									
Individuazione Referenti aziendali	■	■	■																						
Costituzione rete operatori			■	■	■																				
Revisione materiale divulgativo				■	■	■	■	■	■																Possibilità di stampa parte delle ASL del materiale da utilizzare
Formazione / aggiornamento operatori sanitari coinvolti						■	■	■	■	■															
Stima valore indicatori al 31/12/2011											■	■													
Realizzazione intervento presso consultori e centri vaccinali											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Stima valore indicatori al 31/12/2012																							■	■	

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
<b>A1. N° centri di aggregazioni e anziani coinvolti</b>	<b>Certificazione aziendale</b>	<b>0</b>	<b>10</b>		<b>35</b>	
<b>A2. N° anziani partecipanti agli interventi di promozione</b>	<b>Certificazione aziendale</b>	<b>0</b>	<b>400</b>		<b>1500</b>	
<b>B1. % atti di attivazione della rete aziendale</b>	<b>Documentazione aziendale</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>		<b>70%</b>	
<b>B2. % operatori dedicati formati</b>	<b>Dati ECM</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>		<b>70%</b>	
<b>B3. N° opuscoli distribuiti</b>	<b>Certificazione aziendale</b>	<b>0</b>	<b>1500</b>		<b>8500</b>	

O

*(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)*

<p>Titolo del Progetto o del programma:  <b>Implementazione delle anagrafi vaccinali aziendali</b></p>
<p>Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :  <b>2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione</b></p>
<p>N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale  <b>2.4.1</b></p>
<p>Breve descrizione dell'intervento programmato</p> <p><i>Il sistema informativo (routinario) per le vaccinazioni attualmente utilizzato a livello nazionale e nel Lazio prevede che le ASL trasmettano, con cadenza trimestrale, al livello regionale il n° di dosi e di cicli vaccinali completi somministrati nel corso dell'anno; le Regioni hanno il compito di raccogliere i dati regionali aggregati e trasmetterli al Ministero della Salute (nel Lazio questo compito è svolto da Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica).</i></p> <p><i>Nel corso del precedente Piano Regionale di Prevenzione (2005-2009) nelle ASL della nostra Regione è stato avviato il processo di costruzione di una anagrafe vaccinale aziendale. In particolare si è provveduto ad una profonda revisione dei sistemi gestionali esistenti attraverso il miglioramento delle dotazioni hardware e software per la processazione dell'anagrafe assistiti e dei dati delle vaccinazioni, il collegamento alla rete intranet aziendale per i presidi vaccinali finalizzata alla registrazione dei dati in tempo reale presso un server centrale, l'adeguamento dei flussi di comunicazione con le anagrafi civili. Tuttavia esistono ancora molteplici criticità che vanno dal completamento del processo di informatizzazione al collegamento alle anagrafi di popolazione, dalla formazione del personale alla capacità di gestione delle funzionalità disponibili, il tutto in un quadro complessivo di grande variabilità tra le ASL.</i></p> <p><i>Attraverso l' anagrafe vaccinale, eventualmente integrata con altri Sistemi Informativi Sanitari, è possibile valutare l'impatto dell'attività dei Servizi sia sulla copertura vaccinale che sulle malattie infettive prevenibili con vaccino oltre a permettere alle ASL di programmare e</i></p>

*attuare molte delle misure a dimostrata efficacia nell'aumentare le coperture vaccinali. Il presente progetto si propone di portare a compimento il processo di costruzione delle anagrafi aziendali precedentemente avviato attraverso le seguenti attività:*

1. Indagine conoscitiva periodica con cadenza annuale presso le ASL in merito a: status dei sistemi di gestione delle anagrafi assistiti e delle vaccinazioni (piattaforme hardware e software, dati di connettività), modalità di intercomunicazione tra ASL e Regione, modalità di intercomunicazione tra ASL e anagrafi civili.
2. Definizione di raccomandazioni procedurali ed operative per l'adeguamento strutturale e funzionale dei sistemi gestionali rilevati.
3. Definizione e standardizzazione dei flussi informativi tra ASL e Comuni relativamente alla popolazione residente.
4. Studio di fattibilità per la definizione di protocolli operativi condivisi ASL/Regione per l'attuazione di procedure di record linkage tra archivi sanitari differenti.
5. Formazione del personale addetto all'anagrafe vaccinale.
6. Definizione e standardizzazione dei flussi informativi tra ASL e Regione (dati aggregati in modalità informatizzata) e delle relative modalità tecniche di attuazione.

Beneficiari

Popolazione generale.

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

Creazione di una anagrafe vaccinale informatizzata a rilevante copertura aziendale in tutte le ASL della Regione.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
<b>N° ASL dotate di anagrafe vaccinale aziendale informatizzata</b>	<b>Indagine conoscitiva periodica ad hoc</b>	<b>10/12</b>	<b>11/12</b>		<b>12/12</b>	
<b>N° di ASL che ricevono i dati di popolazione esclusivamente in modalità informatizzata</b>	<b>Indagine conoscitiva periodica ad hoc</b>	<b>6/12</b>	<b>8/12</b>		<b>10/12</b>	
<b>% di presidi che utilizzano l'anagrafe vaccinale</b>	<b>Indagine conoscitiva periodica ad hoc</b>	<b>61,8%</b>	<b>70,0%</b>		<b>80,0%</b>	
<b>% di presidi che registra e invia centralmente i dati in formato elettronico</b>	<b>Indagine conoscitiva periodica ad hoc</b>	<b>56,5%</b>	<b>67,0%</b>		<b>80,0%</b>	

O

*(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)*

<p>Titolo del Progetto o del programma:</p> <p>Progetto per il miglioramento delle coperture vaccinali con particolare riferimento alla prevenzione del morbillo, della rosolia e delle meningiti batteriche nella Regione Lazio</p>
<p>Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :</p> <p>2. Prevenzione Universale - Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione</p>
<p>N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale</p> <p><b>2.4.2</b></p>
<p>Breve descrizione dell'intervento programmato</p> <p>Nel Lazio le coperture relative alle vaccinazioni dell'obbligo, così come quelle per la pertosse e l'H. Influenzae raggiungono livelli soddisfacenti a 24 mesi (superiori al 95%) mentre quelle relative alla vaccinazione MPR (morbillo, parotite e rosolia) sono ancora a livelli sub ottimali (89,6% nel 2009). A causa di tale situazione, il morbillo e la rosolia si presentano nella popolazione con periodici focolai epidemici, interessanti soprattutto adolescenti e giovani adulti (tra i quali permangono sacche di suscettibili), seguiti da periodi interepidemici. Per quanto riguarda la vaccinazione antipneumococco e antimeningococco, sebbene le coperture siano notevolmente aumentate nel corso degli ultimi anni (rispettivamente 88,9% e 63,1% nel 2009), i tassi di incidenza delle meningiti permangono relativamente alti soprattutto nella fascia di età 0-4 anni.</p> <p>Il progetto si articola in tre subprogetti che presentano azioni comuni e azioni specifiche in relazione agli obiettivi di salute identificati e alle popolazioni target: 1) Promozione della vaccinazione MPR in età evolutiva; 2) Prevenzione della rosolia nelle donne in età fertile; 3) Prevenzione delle meningiti da meningococco e pneumococco.</p> <p><b>1) Promozione della vaccinazione MPR in età evolutiva</b></p> <p>Negli anni recenti il territorio laziale è stato interessato da almeno due epidemie di morbillo: la vasta epidemia del 2002-2003 che ha riguardato l'intero territorio nazionale (nel Lazio sono stati registrati 1.444 casi nel 2002 e 836 nel 2003) e quella di minore entità relativa al 2006-2008, partita dalla popolazione Rom/Sinti e poi diffusasi alla popolazione generale. Dopo una pausa nel 2009, in cui si è registrato il minor numero di casi degli ultimi dieci anni (39 casi), una nuova epidemia di morbillo, iniziata nel mese di maggio 2010, sta attualmente interessando la Regione Lazio. Nel periodo maggio-novembre 2010 sono stati segnalati più di 800 casi, prevalentemente adolescenti e giovani adulti, e circa 300 ricoveri. E' dunque necessario mettere in atto azioni volte ad aumentare la copertura vaccinale per una dose per i nuovi nati, migliorare la copertura per la</p>

seconda dose e, ove se ne creassero le condizioni, condurre campagne di recupero per gli adolescenti suscettibili.

Le attività previste sono di seguito schematizzate:

1. Definizione di un protocollo condiviso ASL/Regione relativo alle modalità di chiamata attiva alla vaccinazione e di sollecito per chi non si presenta.
2. Definizione di un protocollo per la gestione dei focolai epidemici di morbillo.
3. Miglioramento della sorveglianza del morbillo e della rosolia attraverso l'identificazione di un laboratorio di riferimento regionale e la definizione di modalità operative finalizzate ad incrementare la percentuale di casi confermati in laboratorio.
4. Diffusione della "Guida alle controindicazioni delle vaccinazioni" e di altri documenti di indirizzo in tutte le ASL.
5. Produzione e diffusione presso gli operatori sanitari di un report a cadenza (almeno) annuale sulla situazione epidemiologica regionale del morbillo e della rosolia.

## **2) La prevenzione della rosolia nelle donne in età fertile**

Per prevenire la sindrome da rosolia congenita (SRC), è stato stimato che la percentuale di donne suscettibili in età fertile non deve superare il 5%. In Italia, un'indagine di sieroprevalenza condotta nel 2004 rilevava invece una percentuale di donne suscettibili pari all'11% nella fascia 15-19 e all'8% nella fascia 20-39 anni. I dati del progetto PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), Rapporto Regione Lazio 2007-2008, mostrano che nella nostra Regione il 54,1% delle donne di 18-49 anni intervistate era immune alla rosolia o per aver effettuato la vaccinazione (29,6%) o per immunità naturale rilevata dal rubeotest positivo (24,5%). Il 3,5% delle donne era sicuramente suscettibile, in quanto non vaccinato e con rubeotest negativo. Quasi la metà delle donne intervistate (42,4%) non conosceva il proprio stato immunitario per la rosolia. Questa situazione costituisce un grave rischio di contrarre l'infezione in gravidanza e, di conseguenza, che si verifichino casi di rosolia congenita. Per prevenire l'infezione rubeolica nelle donne in età fertile è necessario coinvolgere/creare una rete di collaborazione tra tutti gli operatori sanitari potenzialmente in grado di intercettare la donna nel periodo compreso tra la programmazione della gravidanza e i mesi successivi al parto e indirizzarla alla vaccinazione. In dettaglio le attività previste sono:

1. Costituzione di un gruppo di lavoro multicompetenziale ed intersettoriale per la definizione di un protocollo finalizzato alla vaccinazione delle donne suscettibili nel post-partum e post-interruzione volontaria di gravidanza o aborto.
2. Diffusione del protocollo a tutti i punti nascita del territorio.
3. Diffusione del diagramma di flusso per la corretta esecuzione dei test per la conferma della diagnosi di rosolia in gravidanza e del nominativo del referente del laboratorio di riferimento per la rosolia in gravidanza a tutti i laboratoristi, MMG, ginecologi e ostetrici.
4. Analisi di un sistema di sorveglianza integrata per la rosolia in gravidanza e la rosolia congenita attraverso l'uso dei sistemi informativi regionali.
5. Conduzione di un'indagine campionaria presso i punti nascita regionali per

stimare la percentuale di donne con status immunitario ignoto per rosolia e identificare le variabili connesse con la non effettuazione del test in gravidanza.

### **3) Prevenzione delle meningiti da meningococco e pneumococco**

Nella Regione Lazio vengono notificate al Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI) circa 110-140 meningiti batteriche l'anno, tuttavia attraverso l'integrazione di tali dati con quelli provenienti da altre fonti informative è possibile stimare che il numero reale di casi sia di circa 180-220 meningiti ad eziologia batterica per anno (TI=3,7/100.000). Una proporzione rilevante delle meningiti batteriche è determinata da due agenti patogeni, pneumococco e meningococco, per i quali esistono vaccini efficaci.

L'incidenza della meningite meningococcica nella popolazione generale è bassa, (circa 0,60/100.000), più alta nei primi anni di vita, 9,4/100.000 al di sotto di 1 anno di età e 2,7/100.000 nella fascia 1-4 anni.

L'incidenza della meningite pneumococcica, bassa nella popolazione generale (1,0/100.000), è maggiore nei primi anni di vita (8,7/100.000 nella fascia d'età <1anno e 3,0/100.000 nella fascia 1-4 anni).

Negli ultimi anni le coperture vaccinali a 24 mesi per i due patogeni sono progressivamente cresciute (nel 2009: 63,1% per meningococco e 88,9% per pneumococco), tuttavia non sono sufficienti per garantire una effettiva riduzione dei tassi di incidenza della malattia. Nel caso della vaccinazione antipneumococcica, in particolare, è noto che a seguito della sua introduzione su larga scala è possibile il verificarsi di fenomeni di replacement o "rimpiazzo dei sierotipi", con aumento del numero di infezioni causate da sierotipi non vaccinali. Pertanto, conoscere i sierotipi circolanti e monitorarne l'evoluzione, attraverso la sorveglianza e la raccolta degli isolati batterici, risulta di fondamentale importanza per valutare la validità delle strategie vaccinali da intraprendere e l'insorgenza di fenomeni di replacement o di antibiotico-resistenza.

Le attività previste comprendono:

1. Aggiornamento permanente del sistema di sorveglianza integrata per le meningiti batteriche attraverso record-linkage con i sistemi informativi regionali.
2. Revisione delle modalità operative della sorveglianza di laboratorio delle meningiti e delle altre forme invasive batteriche.
3. Revisione delle strategie vaccinali per pneumococco e meningococco previste nel vigente Calendario vaccinale Regionale.
4. Studio di fattibilità per la definizione di un protocollo condiviso ASL/Regione per l'attuazione di procedure di record-linkage tra archivi sanitari differenti, finalizzate all'identificazione e chiamata attiva di soggetti portatori di patologie a rischio

#### Beneficiari

Subprogetto 1): popolazione generale.

Subprogetto 2): donne in età fertile.

Subprogetto 3): popolazione generale.

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



Subprogetto 1): ridurre l'incidenza del morbillo e della rosolia nella popolazione generale.

Subprogetto 2): ridurre la percentuale delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia.

Subprogetto 3): ridurre l'incidenza delle meningiti da pneumococco e da meningococco nella popolazione generale.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
<b>Copertura Vaccinale per 1 dose a 24 mesi per MPR</b>	<b>Sistema informativo delle Vaccinazioni</b>	<b>89,6%</b>	<b>91,6%</b>		<b>92,6%</b>	
<b>Percentuale di donne di età 18-49 anni potenzialmente suscettibili alla rosolia</b>	<b>Sistema di Sorveglianza PASSI</b>	<b>45,9% (3,5% con rubeotest negativo 42,5% non conosceva il proprio stato immunitario per la rosolia)</b>	<b>40%</b>		<b>30%</b>	
<b>Copertura vaccinale per vaccinazione antimeningococcica a 24 mesi</b>	<b>Sistema informativo delle Vaccinazioni</b>	<b>63,1%</b>	<b>67,0%</b>		<b>75,0%</b>	
<b>Copertura vaccinale per vaccinazione antipneumococcica a 24 mesi</b>	<b>Sistema informativo delle Vaccinazioni</b>	<b>88,9%</b>	<b>90,0%</b>		<b>95,0%</b>	

O

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

<p>Titolo del Progetto o del programma:  <b>Ridurre la vulnerabilità alle malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV, nei gruppi svantaggiati e a rischio della popolazione.</b></p>
<p>Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i:  <b>2. Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni</b></p>
<p>N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale  <b>2.6.1</b></p>
<p>Breve descrizione dell'intervento programmato  <u>Contesto e rationale</u>          Nel Lazio, a fine 2009, gli immigrati residenti sono 497.940<sup>5</sup>, tra Roma e le altre province, con un incremento del 10,6% rispetto all'anno precedente. L'incidenza degli stranieri sul totale dei residenti nella Regione Lazio è pari all'8,8%, dato superiore a quello nazionale, pari al 7%.          Un dato interessante riguarda la sempre maggiore attrattività esercitata dalle province minori e la prevalenza delle donne (53,2%) rispetto agli uomini. L'incidenza dei minori sul totale degli stranieri nel Lazio è del 17,4%.           Significativo è stato il calo della percezione del rischio di infezione da MST, soprattutto tra i giovani. Tra i principali fattori che favoriscono la diffusione delle MST rientrano le carenze educative, i comportamenti sessuali a rischio, un minor uso del profilattico tra persone con frequenti rapporti occasionali, e le barriere all'accesso alle strutture sanitarie che offrono servizi di prevenzione. Pertanto, è necessario aumentare la consapevolezza delle persone sui fattori di rischio, anche attraverso specifici interventi di prevenzione costruiti tenendo in considerazione i diversi stili di vita e i valori culturali ed etici.           A livello nazionale, i dati riportati dal sistema di sorveglianza nazionale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, istituito dal Ministero della Salute, indicano che nel 2008 sono stati diagnosticati 6,7 nuovi casi di HIV positività ogni 100.000 residenti. Mentre negli anni '90 è stata registrata una notevole riduzione dell'incidenza dell'HIV, negli ultimi 10 anni si osserva invece una stabilizzazione delle segnalazioni. Le persone che scoprono di essere HIV positive hanno oggi un'età mediana di 38 anni per i maschi e 34 anni per le femmine.          Significativo è l'aumento dei casi attribuibili a contatti eterosessuali ed omosessuali, che nel</p>

<sup>5</sup> [XX Dossier Statistico 2010 sull'Immigrazione, Caritas-Migrantes](#)

2008 costituivano complessivamente il 74% di tutte le segnalazioni.

Su tre persone che vengono diagnosticate come HIV positive, una è di nazionalità straniera.

Secondo i dati pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità ad aprile 2009, la proporzione di pazienti con diagnosi di sieropositività vicina (meno di sei mesi) o contemporanea alla diagnosi di AIDS è superiore al 50% e risulta più elevata tra gli stranieri rispetto alla popolazione italiana. Aumenta inoltre la diffusione dell'HIV fra la popolazione straniera presente in Italia: nel 1993 gli stranieri con HIV rappresentavano meno del 3% dei sieropositivi diagnosticati in quell'anno, mentre oggi sono il 32,0%, a fronte di un aumento del numero delle persone straniere presenti in Italia.

Dal rapporto redatto dall'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio nell'ambito del Sistema di Sorveglianza e controllo delle infezioni HIV e AIDS, nel Lazio tra il 1982 e il 2007, risultano 22.624 diagnosi di infezione e 8.713 casi di AIDS.

Il picco è stato raggiunto alla fine degli Anni '80, da quel momento le diagnosi sono costantemente diminuite fino al 2000. Da allora il numero si è stabilizzato attorno a 600 nuove diagnosi annue.

Per quanto riguarda gli stranieri, però, il peso proporzionale delle diagnosi è aumentato, in controtendenza con l'andamento in calo delle nuove diagnosi in assoluto.

Per quanto riguarda le modalità di trasmissione del virus dell'AIDS, il quadro epidemiologico è molto cambiato. Fin dal 1992 la percentuale delle nuove diagnosi con fattori di rischio riconducibili alla tossicodipendenza si attestava attorno al 60%, a partire dal 2007 tale percentuale è scesa al 5%. Al contrario il 90% era legato a comportamenti sessuali a rischio.

E' nota la maggior difficoltà d'accesso alle strutture sanitarie da parte dei cittadini stranieri rispetto agli italiani. La popolazione straniera si caratterizza per un minor ricorso alle visite mediche, in particolare quelle specialistiche, ed agli accertamenti diagnostici, ricorrendo, spesso, alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale in fase acuta della malattia. Ciò determina un aumento del ricorso inappropriato ai servizi di emergenza, in particolare quelli di pronto soccorso, con conseguente aumento della spesa sanitaria. Risulta dunque prioritaria un'accurata azione di prevenzione.

La riduzione delle ineguaglianze nella salute, la prevenzione delle malattie, l'applicazione del principio delle pari opportunità e di quello di non discriminazione in materia di promozione della salute sono, da oltre 30 anni, gli elementi fondanti delle attività ricerca, formazione e assistenza clinica dell'INMP, fortemente connotati da un approccio transculturale e multidisciplinare.

L'INMP ha realizzato numerose attività formative proprio nell'ambito della riduzione delle iniquità nell'accesso dei gruppi socialmente ed economicamente svantaggiati di popolazione italiana e straniera ai servizi sanitari, condizione di base per la costruzione di qualsiasi percorso volto alla prevenzione delle malattie, in un quadro di appropriatezza

delle prestazioni socio-sanitarie e la conseguente riduzione dei costi della spesa sanitaria regionale, e di incremento dell'efficacia ed efficienza degli interventi di salute. Rilevanti rispetto agli obiettivi di salute del presente progetto sono le attività condotte nell'ambito di un Piano Nazionale di formazione dedicato alla *Promozione dell'Accesso ai Servizi Socio-sanitari e sviluppo delle attività di informazione e orientamento nelle ASL italiane* e del progetto europeo *AIDS&Mobility*, finalizzato alla riduzione della vulnerabilità all'HIV/AIDS dei giovani migranti, nonché del ruolo di coordinamento nell'ambito dello *Studio socio-sanitario sperimentale per facilitare i percorsi di prevenzione, diagnosi e continuità terapeutica dell'infezione da HIV/AIDS e delle co-infezioni in gruppi socialmente ed economicamente svantaggiati*.

#### Obiettivi specifici dell'intervento

Gli obiettivi specifici del progetto sono favorire l'accesso da parte delle popolazioni a maggior rischio di esclusione sociale ai percorsi di prevenzione e la capacità di risposta appropriata dei servizi sanitari alla crescente domanda di informazione ed educazione sanitaria sul tema delle malattie sessualmente trasmissibili, con particolare riguardo all'infezione da HIV/AIDS e delle altre infezioni opportunistiche (Sarcoma di Kaposi, lesioni cutanee HIV-correlate, patologie ematologiche) e/o co-infezioni (e.g. HBV, HCV, HDV, TBC).

Il percorso formativo, destinato agli operatori socio-sanitari delle ASL della Regione Lazio, è diretto alle seguenti figure professionali: medici, infermieri, mediatori transculturali, psicologi, assistenti sociali, operatori amministrativi.

Il piano di formazione è finalizzato all'acquisizione di adeguate competenze professionali degli operatori socio-sanitari interessati nell'accoglienza e presa in carico delle persone e dei gruppi socio-economicamente svantaggiati, in materia di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, con particolare riguardo all'HIV.

#### Fasi di attività

L'INMP si occuperà della redazione di un piano formativo specifico in relazione ai destinatari del Corso e della predisposizione di materiale per la didattica.

Saranno contattate formalmente le ASL del territorio della Regione Lazio, in un primo momento per informarle degli obiettivi del progetto e, successivamente, per verificare la loro adesione al programma formativo.

In collaborazione con le ASL, l'INMP organizzerà, presso le singole strutture, corsi di formazione *ad hoc*, con moduli formativi dedicati ai molteplici aspetti della prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, con particolare riferimento all'infezione da HIV/AIDS, affrontati secondo un'ottica transculturale e multidisciplinare.

La metodologia adottata sarà quella della didattica frontale, con lezioni in aula tenute da docenti esperti nel settore. Al fine di valutare le conoscenze acquisite, saranno somministrati questionari di verifica *ex ante* ed *ex post* l'attività formativa.

#### Beneficiari

I beneficiari diretti dello studio sono almeno il 50% degli operatori socio-sanitari (medici, infermieri, mediatori transculturali, psicologi, assistenti sociali, operatori amministrativi) delle ASL della Regione Lazio.

Beneficiari ultimi di questo studio sono le persone in condizione di disagio sociale, quelle senza dimora, gli immigrati, specie se irregolari, e altri gruppi a rischio di povertà come le donne vittime della tratta, le prostitute e i transessuali, e i tossicodipendenti. Alcune caratteristiche peculiari di queste popolazioni continuano a impedire un'analisi reale del fenomeno, ostacolano la messa a punto di specifici programmi di prevenzione.

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

Aumentare la capacità di promuovere la prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili, attraverso specifica formazione degli operatori socio-sanitari.

Migliorare l'accessibilità alle strutture che si occupano di prevenzione dell'AIDS implementando la capacità di ascolto e risposta degli operatori socio-sanitari e delle figure amministrative delle stesse.

<i>INDICATORI</i>	<i>FONTE DI VERIFICA</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011</i>		<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012</i>	
			<i>ATTESO</i>	<i>OSSERVATO</i>	<i>ATTESO</i>	<i>OSSERVATO</i>
<i>Piano operativo</i>		<i>Consegna piano operativo</i>	/		/	
<i>Check list adesione ASL</i>		<i>Non presente</i>	<i>Presente</i>		<i>Presente</i>	
<i>Piano formativo</i>		<i>Non presente</i>	<i>Realizzazione di almeno il 30% del piano formativo</i>		<i>Realizzazione di almeno l'80% del piano formativo</i>	
<i>Materiale didattico</i>		<i>Non presente</i>	<i>Consegna del materiale didattico in almeno il 30% delle ASL</i>		<i>Consegna del materiale didattico in almeno il 80% delle ASL</i>	
<i>N° di ASL raggiunte dalla formazione</i>	<i>Questionari pre e post corso di formazione</i>	/	<i>Almeno il 30% delle ASL raggiunte dalla formazione</i>		<i>Almeno l'80% delle ASL raggiunte dalla formazione</i>	

O

*(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)*

<p>Titolo del Progetto o del programma:</p> <p><b>Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini</b></p>
<p>Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :</p> <p><b>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)</b></p>
<p>n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale</p> <p><b>2.9.1</b></p>
<p>Breve descrizione dell'intervento programmato</p> <p><b>Contesto e rationale</b></p> <p>Nel Lazio, come in Italia e nel resto dei Paesi a reddito medio-alto, le malattie cronicodegenerative rappresentano le prime cause di morbosità e mortalità della popolazione. Queste malattie sono dovute, in larga parte, ad alcuni fattori di rischio modificabili e sono quindi da considerarsi evitabili, perlomeno per quanto riguarda l'età in cui iniziano a manifestarsi. Adottare uno stile di vita salutare (una sana alimentazione, praticare attività fisica, mantenere il peso nella norma, non fumare e non eccedere nel bere alcolici o non bere affatto) riduce infatti significativamente il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e tumori e di morire precocemente e permette di rimanere a lungo in buona salute ed autonomi anche nella vecchiaia.</p> <p>I sistemi di sorveglianza sugli stili di vita e sull'adesione agli interventi di prevenzione hanno lo scopo di fornire alle Aziende sanitarie locali una robusta base di dati sullo stato di salute e sulla distribuzione dei fattori di rischio e su come questi si modificano nel tempo. L'integrazione tra le diverse sorveglianze di popolazione rafforza e motiva gli interventi realizzati dal sistema sanitario per la promozione della salute e consente di monitorarne i progressi. Inoltre, contribuisce a rafforzare la collaborazione interistituzionale, promossa dal programma nazionale Guadagnare Salute, finalizzata alla realizzazione di azioni che facilitino scelte di vita salutari.</p> <p>Dal 2007 nel Lazio, come in tutte le regioni italiane, è attivo il sistema di sorveglianza della popolazione adulta (PASSI - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) che ha come obiettivo quello di stimare a livello di Asl e Regione la prevalenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene periodicamente estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese per ogni Asl) con un questionario standardizzato.</p> <p>La raccolta continua di dati permette di verificare quanti italiani adottano corretti stili di vita per prevenire le maggiori malattie cronicodegenerative e quindi di monitorare l'effetto delle attività di prevenzione. Dalla popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni, infatti, PASSI raccoglie atteggiamenti e pratiche su molti importanti aspetti legati alla prevenzione: rischio cardiovascolare, screening oncologici, attività fisica, abitudini alimentari, consumo di alcol, fumo, sicurezza stradale, salute mentale, incidenti domestici, vaccinazione antinfluenzale e per la rosolia.</p>



Al fine di avviare interventi che impegnino il sistema scolastico nella promozione di comportamenti salutari è stato avviato nella nostra Regione come nella maggior parte d'Italia il "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" costituito dalla survey "OKkio alla Salute", HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) e GYTS (Global Youth Tobacco Survey)

OKkio alla SALUTE è stata già realizzata 2 volte, con cadenza biennale e consiste in un sistema di raccolta di informazioni sulle abitudini alimentari e l'attività fisica nei bambini delle classi terze delle scuole primarie sia statali che paritarie. La raccolta di informazioni avviene attraverso questionari rivolti ai bambini e ai genitori ed è prevista la misura diretta di peso e altezza dei bambini (circa 8 anni di età).

Da meno di un anno è stato realizzato HBSC, che raccoglie informazioni mediante questionari auto compilati in un campione rappresentativo regionale di studenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado, ed è in corso di realizzazione GYTS, che si avvale anch'esso di questionari auto compilati da studenti relativamente a, fra l'altro, abitudine e conoscenze nei confronti del fumo di sigaretta, ruolo dei media e della pubblicità sull'uso di sigarette da parte dei giovani, loro accessibilità dei prodotti del tabacco ed esposizione al fumo passivo.

La diffusione e l'utilizzo dei dati della sorveglianza va sostenuta attraverso iniziative di comunicazione che favoriscano la collaborazione degli operatori delle aziende sanitarie e la partecipazione attiva di target specifici della popolazione alle iniziative di promozione della salute, in particolare per quelle progettate all'interno del Piano Regionale di Prevenzione. Al fine di potenziare l'utilità dei dati derivanti da tali sistemi, laddove è possibile, è opportuno prevedere l'uso integrato delle diverse fonti informative nella preparazione di report, schede, diapositive, comunicati stampa, ecc.

### **Obiettivo specifico**

Predisporre e diffondere materiali informativi nell'ambito di un piano di comunicazione strutturato utilizzando le diverse fonti di informazioni a disposizione

### **Attività**

1. Individuazione dei portatori di interesse
2. Individuazione di eventuali recenti survey condotte sui temi dell'alimentazione, dell'attività fisica, del fumo e dell'alcol
3. Predisposizione di strategie comunicative e di un piano di comunicazione che siano anche coerenti con le azioni ed i cronoprogrammi degli altri progetti della linea d'intervento del Piano Regionale di Prevenzione "Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione, sedentarietà, fumo di tabacco, alcol e altre dipendenze)"
4. Redazione di materiali informative con i dati, laddove possibile, integrati delle sorveglianze da utilizzare nei modi e nelle occasioni individuate nel piano di comunicazione (schede monotematiche, report, diapositive, articoli sulla stampa locale, interviste radiofoniche e televisive, sito internet). I materiali saranno redatti diversamente in relazione al destinatario individuato.
5. Diffusione dei materiali informativi specifici per gli operatori sanitari protagonisti dell'intervento di promozione della salute, per gli Amministratori locali coinvolgibili negli interventi di promozione della salute e per i cittadini

### **Attori**

- Responsabili dei progetti della linea d'intervento del Piano Regionale di Prevenzione "Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione, sedentarietà, fumo di tabacco, alcol e altre dipendenze)"
- Operatori delle unità operative interessate dai progetti del Piano Regionale di Prevenzione
- Strutture aziendali operanti nella comunicazione al pubblico e nella gestione del portale aziendale

## 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
Individuazione dei portatori di interesse																								
Ricerca di eventuali recenti survey condotte sui temi della linea d'intervento 2.9																								
Predisposizione delle strategie comunicative e di un piano di comunicazione																								
Preparazione dei materiali																								
Realizzazione degli interventi previsti nel piano di comunicazione																								
Stesura report finale																								

## Piano di Valutazione

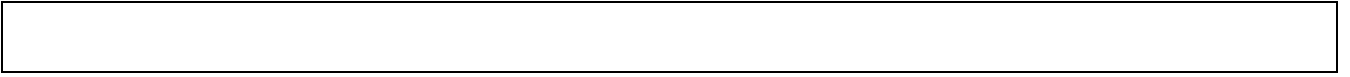
- Realizzazione degli indicatori di verifica
- Realizzazione di un'indagine per la valutazione dell'efficacia della comunicazione dei dati dei sistemi di sorveglianza in un gruppo di beneficiari dell'intervento.

## Beneficiari

- Operatori sanitari (MMG, specialisti, operatori sanitari e non sanitari impegnati nella promozione della salute)
- Amministratori
- Popolazione generale

## Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Favorire l'adozione di comportamenti salutari dei cittadini attraverso la conoscenza dei dati locali relativi ad abitudine al fumo, consumo d'alcol, stato ponderale e attività fisica nell'ambito degli interventi di promozione della salute.



INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Elenco portatori di interesse	Relazione annuale del Referente di progetto	Non presente	presente		presente	
Piano di comunicazione*	Relazione annuale del Referente di progetto	Non presente	presente		presente	
Realizzazione degli interventi di comunicazione**	Relazione annuale del Referente di progetto	Non applicabile	Almeno il 25% degli interventi previsti nel piano di comunicazione		Almeno il 75% degli interventi previsti nel piano di comunicazione	

\* redatto anche sulla base delle azioni e dei cronoprogrammi degli altri progetti della linea d'intervento "Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate" e condiviso con i referenti di tali progetti.

\*\* Redazione e diffusione del materiale con i dati integrati, laddove possibile, delle sorveglianze nei modi e nelle occasioni individuate nel piano di comunicazione.

*(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)*

Titolo del Progetto o del programma:

**Formazione nelle scuole e verso i neo-genitori.**

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

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

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

**2.9.2 B**

Breve descrizione dell'intervento programmato

**Definizione del problema**

Negli ultimi 20 anni la prevalenza dell'obesità in età evolutiva è triplicata a livello mondiale e la tendenza è in continuo aumento. L'obesità infantile è un fattore predittivo di obesità nell'età adulta e determina l'esposizione, già in età pediatrica, ai principali fattori di rischio noti per le malattie cronico-degenerative. Negli adulti, il carico di malattia attribuibile all'eccedenza ponderale ha causato oltre 1 milione di decessi e circa 12 milioni di anni di vita trascorsi in cattive condizioni di salute (OMS, 2007). L'epidemia di obesità dipende in larga misura dalla contemporanea presenza di inattività fisica e dieta inadeguata, facilitate dalle caratteristiche globali dell'ambiente obesigenico. Inoltre, anche l'abbandono dell'allattamento al seno rappresenta un fattore di rischio per l'obesità. L'OMS ed anche il nostro Paese indica la prevenzione dell'obesità come un obiettivo prioritario di salute pubblica.

**Indicatori di stato nutrizionale nella Regione Lazio**

In Italia i dati sulla prevalenza dell'**allattamento al seno** (AS) sono scarsi e frammentati: una revisione sistematica della letteratura relativa agli studi condotti sull'allattamento al seno in Italia dopo il 1990 ha individuato 16 studi, la maggior parte dei quali non rappresenta un campione significativo della popolazione italiana. Tale revisione ha evidenziato inoltre una grande eterogeneità metodologica negli studi esaminati che non consentiva di delineare un quadro accurato della reale prevalenza e durata dell'allattamento al seno in Italia, secondo le definizioni internazionalmente accettate. Da tale revisione risulta che negli anni '90 la prevalenza di allattamento al seno alla dimissione ospedaliera variava dal 66% all'88%; al 4° mese dal 17% al 52% ed al 6° mese dal 28% al 36% (Cattaneo et al., 2000). Nel Lazio uno studio effettuato nel 2005 su 17 ospedali ha evidenziato che la percentuale di AS esclusivo durante la degenza ospedaliera era del 41% e a un mese dal parto del 37% (Asole et.al. 2009). La Regione Lazio nell'ambito del precedente Piano Regionale (PRP) di Prevenzione Attiva di contrasto all'obesità ha sostenuto l'implementazione di sistemi di sorveglianza nutrizionale in età evolutiva. I dati regionali raccolti nel 2007 in una prima indagine pilota e successivamente nel 2008 e nel 2010 nell'ambito del progetto Nazionale OKkio alla Salute (**bambini di 8-9 anni**), evidenziano un quadro preoccupante: sia nel 2008 che nel 2010, la prevalenza complessiva di sovrappeso ed obesità tende ad essere più elevata rispetto alla media nazionale. Nella Regione Lazio (dati OKkio 2010 in corso di elaborazione ASP Regione Lazio) il 24,6% dei bambini è sovrappeso ed il 10,7% obeso. Per quel che concerne gli stili di vita dei bambini, l'8% salta la prima

colazione e il 36% fa una colazione non adeguata; il 55% mangia una merenda di metà mattina troppo abbondante. Il 30% ed il 50% consumano rispettivamente frutta e verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana, a fronte di un consumo rilevante di bevande gassate e zuccherate. Appena poco più di 1 bambino su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età. I dati regionali dell'indagine Health Behaviour in School Children (HBSC 2009-2010 in corso di elaborazione ASP Regione Lazio) sugli **adolescenti** evidenziano che la prevalenza di sovrappeso ed obesità è 22.8% a 11 anni, 17.6% a 13 anni e 18.3% a 15 anni. Per quel che concerne gli stili di vita il 15,6% degli undicenni, il 23,6% dei tredicenni ed il 25,2% dei quindicenni salta la prima colazione, circa il 17% degli adolescenti consuma frutta e verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana, a fronte di un consumo rilevante di bevande gassate e zuccherate. Appena poco più di 1 adolescente su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età. Per quanto riguarda gli adulti, i dati PASSI della regione Lazio (2007- 2009) indicano che il 41% degli **adulti** 18-69enni, presenta un eccesso ponderale: in particolare il 31% risulta essere in sovrappeso e il 10% è obeso ed il fenomeno è più frequente nel sesso maschile. Solo il 9% consuma le 5 o più porzioni di frutta e verdura raccomandate; il 37% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato, il 29% è completamente sedentario. Nel loro complesso, le dimensioni del fenomeno sovrappeso/obesità nella Regione Lazio rendono necessaria un'attenzione costante al problema in tutte le fasce di età, ed in particolare in età infantile ed evolutiva per i ben noti effetti sull'età adulta, e nei nuclei sociali con basso livello di istruzione. I dati sui principali indicatori di rischio dietetico nonché i dati sul profilo di attività fisica, indicano che siamo ancora lontani dalle indicazioni formulate nelle linee-guida nazionali per una sana alimentazione e per l'attività fisica. Per quanto riguarda l'AS, i dati evidenziano percentuali ancora basse soprattutto riguardo alla durata di tale pratica, mentre l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'AS esclusivo, ossia solo latte materno, fino al sesto mese di vita del bambino e nelle raccomandazioni dell'Healthy People 2010 viene posto come obiettivo che il 75% delle mamme allatti al seno in modo esclusivo nell'immediato post-partum e che il 50% continui ad allattare fino al sesto mese di vita del bambino.

#### **Soluzioni proposte sulla base delle evidenze**

**Allattamento al Seno.** Il primo anno di vita è fondamentale per attivare interventi di prevenzione che possono avere un impatto sul sovrappeso e sull'obesità infantile. Diversi studi presenti in letteratura (Chung et al, 2007, Open et al, 2005) hanno evidenziato un effetto protettivo dell'AS e della sua durata sul sovrappeso e sull'obesità del bambino. Setting privilegiati per la realizzazione degli interventi sono: i consultori (corsi di accompagnamento alla nascita), le maternità, i servizi vaccinali ed in generale tutti i servizi a contatto con i neogenitori (Cattaneo, 2009).

**Età evolutiva.** La scuola rappresenta uno dei setting privilegiati in cui svolgere interventi di promozione della salute per la prevenzione dell'obesità. L'evidenza di riferimento riguarda interventi per la riduzione di comportamenti sedentari (riduzione dell'utilizzo di TV, computer e videogiochi), per l'aumento dell'attività fisica, per la modifica dei consumi alimentari (aumento del consumo di frutta e verdura, riduzione del consumo di grassi) e programmi definiti multi-componenti in cui sono inclusi sia modifiche dello stile di vita che dell'alimentazione. Le conclusioni della principale letteratura di riferimento (NHS, 2002; Health Development Agency, 2003; Doak et al, 2006; Sharma 2006; TCPS, 2005; NICE 2006; De Mattia et al, 2007; Sharma 2007; Reilly et al, 2007) non sono sempre concordanti. L'orientamento generale è di giudicare positivamente gli interventi che ottengono modifiche in senso favorevole dei comportamenti a rischio per l'obesità, legati a stili di vita e all'alimentazione in particolare, se integrati, multi-componenti, sostenibili nel tempo e realizzati in un contesto multidisciplinare. Gli interventi efficaci per la modifica dei consumi alimentari dovrebbero rendere accessibili le scelte alimentari corrette all'interno delle scuole, coinvolgere la famiglia ed i pari, individuare le barriere personali che ostacolano scelte alimentari corrette. C'è evidenza che gli interventi per migliorare l'attività motoria nei bambini, dovrebbero almeno coinvolgere la famiglia ed i pari, rendere l'attività motoria un'attività sociale, aumentare le conoscenze e la motivazione e coinvolgere istituzioni e settori diversi della comunità. **Età adulta.** L'OMS ha identificato il luogo di lavoro come un contesto-chiave per la promozione della salute e per affrontare problematiche più

ampie di sanità pubblica, come l'obesità. Il luogo di lavoro è un potenziale contesto in cui migliorare la salute della popolazione adulta, grazie alla possibilità di intervenire su un vasto numero di persone, alla possibilità di monitorare nel tempo un gruppo di popolazione relativamente stabile, alla presenza di canali di comunicazione aziendali che possono essere usati per pubblicizzare i programmi, per promuovere la partecipazione e per fornire un feedback ai lavoratori. Una revisione sistematica ha concluso che gli studi di intervento nei luoghi di lavoro incentrati sulla distribuzione di alimenti più salutari attraverso diverse strategie di informazione (come l'etichettatura e/o cambiamenti nella disponibilità degli alimenti) possono promuovere un'alimentazione più sana (NICE, 2006).

#### **Indicazioni emergenti dalla conclusione dei lavori del precedente PRP obesità**

- L'attività di sorveglianza svolta ha permesso di avere una stima della prevalenza di obesità e sovrappeso fra i bambini della terza elementare e gli adolescenti della regione, nonché di disporre di alcune informazioni importanti sugli stili di vita e le abitudini alimentari per la realizzazione degli interventi.
- Le linee di attività realizzate hanno evidenziato che è necessario rafforzare ed avviare forme di integrazione e di operatività intersettoriale, instaurando intese e collaborazioni con enti locali ed imprese, nonché la costruzione di alleanze tra i vari stakeholders.
- Un rilevante risultato raggiunto è rappresentato dalla continua collaborazione tra i diversi attori che ha creato una forte e solida rete tra Regione, SIAN e Scuola. Soddisfacente è stata inoltre la collaborazione con il settore della ristorazione collettiva. Più obiettivi sono stati raggiunti grazie alla attiva collaborazione di un gruppo tecnico scientifico realizzato ad hoc.
- Tra le criticità, è stata tuttavia riscontrata la difficoltà di avere un orientamento omogeneo nel territorio regionale per gli interventi di prevenzione nelle scuole, in ragione dell'autonomia scolastica nelle progettazioni; la difficoltà ad attuare un approccio che coinvolga appieno i PLS ed i MMG, riflette la necessità di definire nelle realtà locali e alla luce degli accordi regionali, specifici accordi di collaborazione. Infine, le linee di attività dedicate alla sorveglianza ed alla prevenzione nutrizionale necessitano di maggiori risorse ed operatori dedicati in un momento storico-economico che ciò non consente: l'organizzazione dell'attuale PRP obesità deve necessariamente modularsi sulle risorse disponibili.

#### **Obiettivi generali del progetto**

Per il presente PRP obesità, in virtù delle alleanze, delle reti sviluppate e del contesto fornito dalla sorveglianza, resta fondamentale la collaborazione con la scuola, pur tenendo conto dei limiti indicati. Le alleanze stabilite con il settore della ristorazione collettiva vanno consolidate per l'ampliamento delle azioni relative alla sicurezza nutrizionale nella ristorazione collettiva. Alla luce delle raccomandazioni sull'AS, assume sempre più rilievo l'attuazione di interventi di promozione sullo specifico settore che possono essere svolti da operatori sanitari dei servizi di assistenza alla donna, e al neonato, da gruppi di autoaiuto, da "peer counselors" e da associazioni di mamme esperte.

Il progetto "**Promozione della salute nelle scuole, nelle mense aziendali e verso i neo-genitori**" si articola nelle seguenti fasi:

2.9.2A: Promozione di buone pratiche su alimentazione e stili di vita attivi di genitori, bambini ed insegnanti.

2.9.2B Promozione di buone pratiche su alimentazione e stili di vita attivi degli operatori e fruitori delle mense aziendali

2.9.2C Promozione dell'allattamento al seno

Strategie e macroambiti di intervento che possono incidere sulla realizzazione del PRP obesità sono:

- Il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni hanno elaborato e distribuito nel 2009- 2010 in ogni Regione materiali di comunicazione e informazione ed un kit per l'educazione alimentare diretto agli insegnanti ("Forchetta e scarpetta") nelle scuole che hanno partecipato a OKkio alla SALUTE.
- Il programma comunitario "Frutta nelle Scuole" – Strategia Nazionale 2009/2010 a cura del MIPAF è attivo anche nella Regione Lazio.

- Progetto CCM – ARS Toscana “EBP e prevenzione dell’obesità” – Manuale di riferimento in corso di pubblicazione, rappresenta un documento per diffondere EBP e buone pratiche per l’obesità.
- Progetto al CNESPS dell’Istituto Superiore di Sanità, “Programma di informazione e comunicazione a sostegno del programma Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari” ha tra gli obiettivi facilitare la comunicazione degli operatori sanitari locali che si occupano di sorveglianza.
- Disponibilità di una rete creata in regione Lazio tra i referenti regionali e aziendali SIAN nel PRP obesità che va mantenuta e rafforzata. Tutti i referenti aziendali sono stati standardizzati per la messa a regime delle indagini di sorveglianza OKkio alla Salute ed HBSC, ed hanno iniziato un percorso formativo sulle modalità di comunicazione dei risultati.
- Determina Regione Lazio 2077 del 11/06/2007 “Qualità nutrizionale dei pasti nella ristorazione collettiva Procedure di verifica e modulistica”, adottata da tutti i SIAN delle ASL nel precedente PRP obesità.
- Documento programmatico “Guadagnare Salute” – Rendere facili le scelte salutari”, che prevede interventi “multicomponenti” con attività di comunicazione e informazione per la salute anche a riguardo dell’AS.
- Campagna Nazionale di comunicazione GenitoriPiù, finanziata dal Ministero della Salute e coordinata dalla regione Veneto.
- Progetto della regione Lazio “Ospedale amico del Bambino” DGR 1741/2002.

### **2.9.2A: Promozione di buone pratiche su alimentazione e stili di vita attivi di genitori, bambini ed insegnanti**

Lo scopo generale dell'intervento è favorire l'adozione di stili alimentari e di vita corretti nella popolazione infantile, presso le scuole primarie coinvolte nel progetto OKkio alla Salute 2010, attraverso la diffusione dei principi contenuti nelle Linee guida per una sana alimentazione (INRAN 2003). L'intervento, condotto su un campione di scuole elementari rappresentativo della Regione Lazio (OKkio alla Salute 2010), si basa sulle seguenti linee di attività:

- 1) formazione/aggiornamento degli operatori ASL su tecniche di comunicazione per la sorveglianza nutrizionale, Evidence Based Prevention e Buone Pratiche per la realizzazione degli interventi di prevenzione dell’obesità, con particolare riguardo al setting scuola;
- 2) comunicazione dei risultati del progetto OKkio alla Salute 2010 agli insegnanti ed ai genitori ed adesione delle scuole al progetto;
- 3) formazione degli insegnanti coinvolti nel progetto, da parte degli operatori sanitari per la realizzazione partecipata di interventi su stili alimentari e di vita corretti ai bambini;
- 4) istituzione di tavoli di confronto e di informazione con i rappresentanti dei genitori e delle ditte che erogano i servizi mensa per migliorare la qualità nutrizionale dei pasti consumati nella scuola;
- 5) realizzazione dell’indagine OKkio alla Salute 2012.

Per la linea di attività sulla formazione/aggiornamento degli operatori ASL si farà riferimento ai materiali prodotti dal Progetto CNESPS “Programma di informazione e comunicazione a sostegno del programma Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari” e dal Progetto CCM – ARS Toscana “EBP e prevenzione dell’obesità” e saranno formati almeno due operatori per ciascuna ASL Regione Lazio. La linea di attività sulla comunicazione dei risultati dell’indagine OKkio alla Salute 2010 interesserà il 100% delle scuole coinvolte ed in tale fase sarà raccolta l’adesione delle scuole al progetto. Come attività collaterale, a rinforzo delle attività di sorveglianza, sarà effettuata la comunicazione dei risultati dell’indagine HBSC alle scuole coinvolte. Per le linee di attività nella scuola, saranno consolidate le reti di collaborazione tra operatori sanitari e dirigenti/insegnanti-referenti già attivate per OKkio alla Salute 2010 e si farà riferimento ai materiali e kit educativi consegnati dagli operatori sanitari nel corso dell’indagine OKkio alla Salute 2010. In relazione all’evidenza disponibile ed alle criticità evidenziate in OKkio alla Salute 2010, il percorso educativo sui bambini sarà condiviso e progettato insieme agli insegnanti, valutando i bisogni rilevati



(documentati dall'indagine OKkio alla Salute 2010 su indicatori di rischio dietetico e sociale) ed i bisogni percepiti dagli insegnanti. Il percorso educativo sarà integrato con iniziative già in atto (se presenti) o da valorizzare nella scuola e nel contesto urbano locale, con la partecipazione attiva dei genitori, secondo modalità che saranno indicate dagli insegnanti. Il coinvolgimento delle ditte che erogano i servizi mensa e dei rappresentanti dei genitori avrà lo scopo di valorizzare la qualità nutrizionale dei servizi forniti dalla mensa ed analizzare barriere e criticità che ostacolano il consumo regolare di ricette a base di verdure, frutta e merende equilibrate (qualora fornite dal servizio di ristorazione). Nelle ASL in cui erano state selezionate un minor numero di scuole OKkio 2010, si effettuerà l'intervento in almeno due scuole rappresentative degli strati sociali del territorio ed il percorso formativo degli insegnanti sarà documentato da un registro di attività; sarà inoltre sperimentata la fattibilità dell'utilizzo come strumento di valutazione di uno specifico questionario KAB in un sottogruppo di genitori ed insegnanti. La realizzazione dell'indagine OKkio alla Salute 2012 sarà effettuata dagli operatori già standardizzati per i sistemi di sorveglianza, ed interesserà almeno il 95% delle scuole campionate; i dati raccolti arricchiranno gli elementi di valutazione dell'intervento effettuato per riorientare il ciclo della programmazione sorveglianza-interventi. Attori e portatori di interesse coinvolti sono: operatori sanitari, insegnanti, genitori e loro rappresentanti, bambini della scuola elementare, rappresentanti delle ditte di ristorazione collettiva che erogano il servizio nelle scuole. Possibili criticità e vincoli, oltre quelli già espressi in premessa, sono rappresentati dall'adesione al progetto da parte delle scuole, dalla partecipazione dei genitori e delle ditte di ristorazione collettiva che erogano il servizio mensa nelle scuole.

#### **2.9.2B: promozione di buone pratiche su alimentazione e stili di vita attivi degli operatori e fruitori delle mense aziendali**

Lo scopo generale dell'intervento è favorire l'adozione di stili alimentari e di vita corretti nella popolazione adulta, tramite la diffusione di materiale informativo nei luoghi di lavoro dotati di mensa aziendale e la valorizzazione di alimenti salutari nel pasto mensa.

L'intervento si basa sulle seguenti linee di attività:

- 1) definizione di un protocollo operativo comune ed elaborazione dei materiali di supporto;
- 2) formazione/aggiornamento degli operatori sanitari secondo i protocolli elaborati ed illustrazione del materiale informativo;
- 3) realizzazione di tavoli di confronto e di informazione con i rappresentanti delle ditte che erogano i servizi mensa ed i rappresentanti delle commissioni mensa (ove presenti), per la valorizzazione gli alimenti salutari nel pasto mensa;
- 4) diffusione di materiale informativo tra i lavoratori.

L'intervento intende ampliare le attività già intraprese in coerenza con la Determina Regione Lazio 2077 del 11/06/2007 "Qualità nutrizionale dei pasti nella ristorazione collettiva Procedure di verifica e modulistica" e dedicate prevalentemente alla valutazione della qualità nutrizionale dei menù "sulla carta" (attività che sarà comunque mantenuta nella ristorazione collettiva), prevedendo un coinvolgimento attivo delle parti interesse per facilitare scelte nutrizionali consapevoli ed orientate alla salute. Allo scopo, saranno utilizzate le reti di collaborazione già attivate con le aziende di ristorazione collettiva delle mense aziendali e sarà istituito un gruppo di progetto ad hoc per la predisposizione del protocollo operativo e dei materiali di supporto. La fase di formazione/aggiornamento degli operatori sanitari prevederà la partecipazione di almeno due operatori per ciascuna ASL Regione Lazio. In relazione all'evidenza disponibile ed alle criticità evidenziate nell'indagine PASSI 2007-2009, saranno condivise ed identificate con i rappresentanti della ristorazione collettiva e dei lavoratori le strategie per facilitare scelte alimentari salutari nelle mense aziendali (modifica dei menù, evidenza di combinazioni alimentari bilanciate, proposte di ricette), con particolare riguardo al consumo di alimenti vegetali ed alla

riduzione del consumo di sale. Per la diffusione del materiale informativo, ci si avvarrà dei canali di comunicazione dell'azienda secondo modalità che verranno definite con datori di lavoro e rappresentanti dei lavoratori. Ciascuna ASL effettuerà l'intervento in almeno cinque mense aziendali che siano rappresentative dei diversi strati sociali del territorio e sarà sperimentata la fattibilità come strumento di valutazione di uno specifico questionario KAB in un sottogruppo di lavoratori e di operatori della mensa. Attori e portatori di interesse coinvolti sono: operatori sanitari, datori di lavoro, fruitori delle mense aziendali, associazioni sindacali e rappresentanti delle ditte di ristorazione collettiva che erogano il servizio mensa. Possibili criticità e vincoli sono rappresentati dalla copertura/aggiornamento dell'anagrafe imprese alimentari dei Dipartimenti di Prevenzione, dall'adesione al progetto da parte dei datori di lavoro delle aziende selezionate, partecipazione dei rappresentanti delle ditte di ristorazione collettiva e delle commissioni mensa.

### **2.9.2C: promozione allattamento al seno verso i neogenitori**

Le attività di counselling possono essere utili in tutte le fasi del percorso nascita e quindi durante la gravidanza, al momento del parto, subito dopo il parto, e al momento del ritorno della mamma a casa con il suo bambino. È infatti importante che gli operatori dedicati al sostegno delle donne sull'AS abbiano le competenze necessarie per attivare un supporto efficace.

L'intervento di promozione dell'AS che si vuole portare avanti farà riferimento al modello validato Genitoripiù che si basa sulle seguenti linee di attività:

- 1) creazione di una rete che coinvolga attivamente i servizi territoriali (consultori familiari, presidi vaccinali) nello sviluppo dell'intervento di promozione dell'AS.
- 2) formazione/aggiornamento degli operatori per il trasferimento delle conoscenze e competenze sulle evidenze di efficacia dell'AS, sull'implementazione e la sensibilizzazione al counselling rivolta agli operatori dei servizi territoriali che svolgono attività inerenti il percorso nascita
- 3) promozione attraverso la consegna di materiali informativi alle donne in occasione incontri di accompagnamento alla nascita insieme a un minicounselling verbale.

Attori e portatori di interesse coinvolti sono: operatori sanitari territoriali, associazioni, gruppi di auto-aiuto. Possibili criticità e vincoli sono rappresentati dalle risorse di personale ed economiche disponibili.

## Beneficiari

### **Target dell'intervento (possibilmente in termini numerici e percentuali)**

2.9.2A : coinvolgimento nel progetto di insegnanti, bambini e genitori, appartenenti ad almeno il 60% delle scuole elementari selezionate per OKkio alla Salute 2010.

2.9.2B: coinvolgimento nel progetto di almeno il 50% delle ditte che effettuano ristorazione collettiva nella Regione e dei lavoratori che fruiscono del relativo servizio mensa.

2.9.2C coinvolgimento nel progetto di almeno il 50% degli operatori del territorio dedicati; genitori/neonati

## Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

2.9.2A

1. Aumentare le conoscenze degli operatori aziendali su EBP e buone pratiche per la realizzazione degli interventi riguardo all'alimentazione e stili di vita attivi nel setting scuola
2. Aumentare le conoscenze e facilitare l'adozione di stili alimentari corretti e stili di vita attivi nella popolazione infantile, presso le scuole elementari

2.9.2B

1. Realizzare gruppi di progetto per il miglioramento delle scelte alimentari nelle mense sui luoghi di lavoro con la partecipazione attiva delle parti interessate
2. Aumentare le conoscenze e facilitare l'adozione di stili alimentari corretti e stili di vita attivi nella popolazione adulta in età lavorativa

2.9.2C

1. Aumentare le conoscenze degli operatori aziendali sulle buone pratiche per la realizzazione degli interventi riguardo all'allattamento al seno
2. Aumentare l'informazione e ad incrementare le competenze genitoriali perché le scelta di allattare al seno sia consapevole ed effettivamente praticabile

<i>INDICATORI</i>	<i>FONTE DI VERIFICA</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011</i>		<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012</i>	
			<i>ATTESO</i>	<i>OSSERVATO</i>	<i>ATTESO</i>	<i>OSSERVATO</i>
N° di scuole dove è stato effettuato l'intervento/n° totale scuole coinvolte nel progetto Okkio alla Salute 2010 (%)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Report regionale di OKkio alla Salute 2010</li> <li>Report regionale sul progetto</li> </ol>	0%	30%		60%	
N° di ditte di ristorazione collettiva coinvolte nei tavoli di lavoro/ n° totale di ditte di ristorazione collettiva presenti nel territorio (%)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Anagrafe imprese alimentari presenti nei Dipartimenti di Prevenzione</li> <li>Report regionale sul progetto</li> </ol>	0%	20%		50%	
operatori territoriali dedicati/ operatori territoriali formati su AS (%)	Dati ECM (n. partecipanti ai corsi)	0%	30%		50%	

*(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)*

Titolo del Progetto o del programma:

**Formazione nelle scuole e verso i neo-genitori.**

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

**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)**

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

**2.9.2**

Breve descrizione dell'intervento programmato

#### **Definizione del problema**

Negli ultimi 20 anni la prevalenza dell'obesità in età evolutiva è triplicata a livello mondiale e la tendenza è in continuo aumento. L'obesità infantile è un fattore predittivo di obesità nell'età adulta e determina l'esposizione, già in età pediatrica, ai principali fattori di rischio noti per le malattie cronico-degenerative. Negli adulti, il carico di malattia attribuibile all'eccedenza ponderale ha causato oltre 1 milione di decessi e circa 12 milioni di anni di vita trascorsi in cattive condizioni di salute (OMS, 2007). L'epidemia di obesità dipende in larga misura dalla contemporanea presenza di inattività fisica e dieta inadeguata, facilitate dalle caratteristiche globali dell'ambiente obesigenico. Inoltre, anche l'abbandono dell'allattamento al seno rappresenta un fattore di rischio per l'obesità. L'OMS ed anche il nostro Paese indica la prevenzione dell'obesità come un obiettivo prioritario di salute pubblica.

#### **Indicatori di stato nutrizionale nella Regione Lazio**

In Italia i dati sulla prevalenza dell'**allattamento al seno** (AS) sono scarsi e frammentati: una revisione sistematica della letteratura relativa agli studi condotti sull'allattamento al seno in Italia dopo il 1990 ha individuato 16 studi, la maggior parte dei quali non rappresenta un campione significativo della popolazione italiana. Tale revisione ha evidenziato inoltre una grande eterogeneità metodologica negli studi esaminati che non consentiva di delineare un quadro accurato della reale prevalenza e durata dell'allattamento al seno in Italia, secondo le definizioni internazionalmente accettate. Da tale revisione risulta che negli anni '90 la prevalenza di allattamento al seno alla dimissione ospedaliera variava dal 66% all'88%; al 4° mese dal 17% al 52% ed al 6° mese dal 28% al 36% (Cattaneo et al., 2000). Nel Lazio uno studio effettuato nel 2005 su 17 ospedali ha evidenziato che la percentuale di AS esclusivo durante la degenza ospedaliera era del 41% e a un mese dal parto del 37% (Asole et.al. 2009).

La Regione Lazio nell'ambito del precedente Piano Regionale (PRP) di Prevenzione Attiva di contrasto all'obesità ha sostenuto l'implementazione di sistemi di sorveglianza nutrizionale in età evolutiva. I dati regionali raccolti nel 2007 in una prima indagine pilota e successivamente nel 2008 e nel 2010 nell'ambito del progetto Nazionale OKkio alla Salute (**bambini di 8-9 anni**), evidenziano un quadro preoccupante: sia nel 2008 che nel 2010, la prevalenza complessiva di sovrappeso ed obesità tende ad essere più elevata rispetto alla media nazionale. Nella Regione Lazio (dati OKkio 2010 in corso di elaborazione ASP Regione Lazio) il 24,6% dei bambini è sovrappeso ed il 10,7% obeso. Per

quel che concerne gli stili di vita dei bambini, l'8% salta la prima colazione e il 36% fa una colazione non adeguata; il 55% mangia una merenda di metà mattina troppo abbondante. Il 30% ed il 50% consumano rispettivamente frutta e verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana, a fronte di un consumo rilevante di bevande gassate e zuccherate. Appena poco più di 1 bambino su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età. I dati regionali dell'indagine Health Behaviour in School Children (HBSC 2009-2010 in corso di elaborazione ASP Regione Lazio) sugli **adolescenti** evidenziano che la prevalenza di sovrappeso ed obesità è 22.8% a 11 anni, 17.6% a 13 anni e 18.3% a 15 anni. Per quel che concerne gli stili di vita il 15,6% degli undicenni, il 23,6% dei tredicenni ed il 25,2% dei quindicenni salta la prima colazione, circa il 17% degli adolescenti consuma frutta e verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana, a fronte di un consumo rilevante di bevande gassate e zuccherate. Appena poco più di 1 adolescente su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età. Per quanto riguarda gli adulti, i dati PASSI della regione Lazio (2007- 2009) indicano che il 41% degli **adulti** 18-69enni, presenta un eccesso ponderale: in particolare il 31% risulta essere in sovrappeso e il 10% è obeso ed il fenomeno è più frequente nel sesso maschile. Solo il 9% consuma le 5 o più porzioni di frutta e verdura raccomandate; il 37% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato, il 29% è completamente sedentario.

Nel loro complesso, le dimensioni del fenomeno sovrappeso/obesità nella Regione Lazio rendono necessaria un'attenzione costante al problema in tutte le fasce di età, ed in particolare in età infantile ed evolutiva per i ben noti effetti sull'età adulta, e nei nuclei sociali con basso livello di istruzione. I dati sui principali indicatori di rischio dietetico nonché i dati sul profilo di attività fisica, indicano che siamo ancora lontani dalle indicazioni formulate nelle linee-guida nazionali per una sana alimentazione e per l'attività fisica. Per quanto riguarda l'AS, i dati evidenziano percentuali ancora basse soprattutto riguardo alla durata di tale pratica, mentre l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'AS esclusivo, ossia solo latte materno, fino al sesto mese di vita del bambino e nelle raccomandazioni dell'Healthy People 2010 viene posto come obiettivo che il 75% delle mamme allatti al seno in modo esclusivo nell'immediato post-partum e che il 50% continui ad allattare fino al sesto mese di vita del bambino.

#### **Soluzioni proposte sulla base delle evidenze**

**Allattamento al Seno.** Il primo anno di vita è fondamentale per attivare interventi di prevenzione che possono avere un impatto sul sovrappeso e sull'obesità infantile. Diversi studi presenti in letteratura (Chung et al, 2007, Open et al, 2005) hanno evidenziato un effetto protettivo dell'AS e della sua durata sul sovrappeso e sull'obesità del bambino. Setting privilegiati per la realizzazione degli interventi sono: i consultori (corsi di accompagnamento alla nascita), le maternità, i servizi vaccinali ed in generale tutti i servizi a contatto con i neogenitori (Cattaneo, 2009).

**Età evolutiva.** La scuola rappresenta uno dei setting privilegiati in cui svolgere interventi di promozione della salute per la prevenzione dell'obesità. L'evidenza di riferimento riguarda interventi per la riduzione di comportamenti sedentari (riduzione dell'utilizzo di TV, computer e videogiochi), per l'aumento dell'attività fisica, per la modifica dei consumi alimentari (aumento del consumo di frutta e verdura, riduzione del consumo di grassi) e programmi definiti multi-componenti in cui sono inclusi sia modifiche dello stile di vita che dell'alimentazione. Le conclusioni della principale letteratura di riferimento (NHS, 2002; Health Development Agency, 2003; Doak et al, 2006; Sharma 2006; TCPS, 2005; NICE 2006; De Mattia et al, 2007; Sharma 2007; Reilly et al, 2007) non sono sempre concordanti. L'orientamento generale è di giudicare positivamente gli interventi che ottengono modifiche in senso favorevole dei comportamenti a rischio per l'obesità, legati a stili di vita e all'alimentazione in particolare, se integrati, multi-componenti, sostenibili nel tempo e realizzati in un contesto multidisciplinare. Gli interventi efficaci per la modifica dei consumi alimentari dovrebbero rendere accessibili le scelte alimentari corrette all'interno delle scuole, coinvolgere la famiglia ed i pari, individuare le barriere personali che ostacolano scelte alimentari corrette. C'è evidenza che gli interventi per migliorare l'attività motoria nei bambini, dovrebbero almeno coinvolgere la famiglia ed i pari, rendere l'attività motoria un'attività sociale, aumentare le conoscenze e la motivazione e

coinvolgere istituzioni e settori diversi della comunità.

**Età adulta.** L'OMS ha identificato il luogo di lavoro come un contesto-chiave per la promozione della salute e per affrontare problematiche più ampie di sanità pubblica, come l'obesità. Il luogo di lavoro è un potenziale contesto in cui migliorare la salute della popolazione adulta, grazie alla possibilità di intervenire su un vasto numero di persone, alla possibilità di monitorare nel tempo un gruppo di popolazione relativamente stabile, alla presenza di canali di comunicazione aziendali che possono essere usati per pubblicizzare i programmi, per promuovere la partecipazione e per fornire un feedback ai lavoratori. Una revisione sistematica ha concluso che gli studi di intervento nei luoghi di lavoro incentrati sulla distribuzione di alimenti più salutari attraverso diverse strategie di informazione (come l'etichettatura e/o cambiamenti nella disponibilità degli alimenti) possono promuovere un'alimentazione più sana (NICE, 2006).

#### **Indicazioni emergenti dalla conclusione dei lavori del precedente PRP obesità**

- L'attività di sorveglianza svolta ha permesso di avere una stima della prevalenza di obesità e sovrappeso fra i bambini della terza elementare e gli adolescenti della regione, nonché di disporre di alcune informazioni importanti sugli stili di vita e le abitudini alimentari per la realizzazione degli interventi.
- Le linee di attività realizzate hanno evidenziato che è necessario rafforzare ed avviare forme di integrazione e di operatività intersettoriale, instaurando intese e collaborazioni con enti locali ed imprese, nonché la costruzione di alleanze tra i vari stakeholders.
- Un rilevante risultato raggiunto è rappresentato dalla continua collaborazione tra i diversi attori che ha creato una forte e solida rete tra Regione, SIAN e Scuola. Soddisfacente è stata inoltre la collaborazione con il settore della ristorazione collettiva. Più obiettivi sono stati raggiunti grazie alla attiva collaborazione di un gruppo tecnico scientifico realizzato ad hoc.
- Tra le criticità, è stata tuttavia riscontrata la difficoltà di avere un orientamento omogeneo nel territorio regionale per gli interventi di prevenzione nelle scuole, in ragione dell'autonomia scolastica nelle progettazioni; la difficoltà ad attuare un approccio che coinvolga appieno i PLS ed i MMG, riflette la necessità di definire nelle realtà locali e alla luce degli accordi regionali, specifici accordi di collaborazione. Infine, le linee di attività dedicate alla sorveglianza ed alla prevenzione nutrizionale necessitano di maggiori risorse ed operatori dedicati in un momento storico-economico che ciò non consente: l'organizzazione dell'attuale PRP obesità deve necessariamente modularsi sulle risorse disponibili.

#### **Obiettivi generali del progetto**

Per il presente PRP obesità, in virtù delle alleanze, delle reti sviluppate e del contesto fornito dalla sorveglianza, resta fondamentale la collaborazione con la scuola, pur tenendo conto dei limiti indicati. Le alleanze stabilite con il settore della ristorazione collettiva vanno consolidate per l'ampliamento delle azioni relative alla sicurezza nutrizionale nella ristorazione collettiva. Alla luce delle raccomandazioni sull'AS, assume sempre più rilievo l'attuazione di interventi di promozione sullo specifico settore che possono essere svolti da operatori sanitari dei servizi di assistenza alla donna, e al neonato, da gruppi di autoaiuto, da "peer counselors" e da associazioni di mamme esperte.

Il progetto "**Promozione della salute nelle scuole, nelle mense aziendali e verso i neo-genitori**" si articola nelle seguenti fasi:

2.9.2A: Promozione di buone pratiche su alimentazione e stili di vita attivi di genitori, bambini ed insegnanti.

2.9.2B Promozione di buone pratiche su alimentazione e stili di vita attivi degli operatori e fruitori delle mense aziendali

2.9.2C Promozione dell'allattamento al seno

Strategie e macroambiti di intervento che possono incidere sulla realizzazione del PRP obesità sono:

- Il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni hanno elaborato e distribuito nel 2009- 2010 in ogni Regione materiali di comunicazione e informazione ed un kit per l'educazione alimentare diretto agli

insegnanti (“Forchetta e scarpetta”) nelle scuole che hanno partecipato a OKkio alla SALUTE.

- Il programma comunitario “Frutta nelle Scuole” – Strategia Nazionale 2009/2010 a cura del MIPAF è attivo anche nella Regione Lazio.
- Progetto CCM – ARS Toscana “EBP e prevenzione dell’obesità” – Manuale di riferimento in corso di pubblicazione, rappresenta un documento per diffondere EBP e buone pratiche per l’obesità.
- Progetto al CNESPS dell’Istituto Superiore di Sanità, “Programma di informazione e comunicazione a sostegno del programma Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari” ha tra gli obiettivi facilitare la comunicazione degli operatori sanitari locali che si occupano di sorveglianza.
- Disponibilità di una rete creata in regione Lazio tra i referenti regionali e aziendali SIAN nel PRP obesità che va mantenuta e rafforzata. Tutti i referenti aziendali sono stati standardizzati per la messa a regime delle indagini di sorveglianza OKkio alla Salute ed HBSC, ed hanno iniziato un percorso formativo sulle modalità di comunicazione dei risultati.
- Determina Regione Lazio 2077 del 11/06/2007 “Qualità nutrizionale dei pasti nella ristorazione collettiva Procedure di verifica e modulistica”, adottata da tutti i SIAN delle ASL nel precedente PRP obesità.
- Documento programmatico “Guadagnare Salute” – Rendere facili le scelte salutari”, che prevede interventi “multicomponenti” con attività di comunicazione e informazione per la salute anche a riguardo dell’AS.
- Campagna Nazionale di comunicazione GenitoriPiù, finanziata dal Ministero della Salute e coordinata dalla regione Veneto.
- Progetto della regione Lazio “Ospedale amico del Bambino” DGR 1741/2002.

#### **2.9.2A: Promozione di buone pratiche su alimentazione e stili di vita attivi di genitori, bambini ed insegnanti**

Lo scopo generale dell'intervento è favorire l'adozione di stili alimentari e di vita corretti nella popolazione infantile, presso le scuole primarie coinvolte nel progetto OKkio alla Salute 2010, attraverso la diffusione dei principi contenuti nelle Linee guida per una sana alimentazione (INRAN 2003). L'intervento, condotto su un campione di scuole elementari rappresentativo della Regione Lazio (OKkio alla Salute 2010), si basa sulle seguenti linee di attività:

- 1) formazione/aggiornamento degli operatori ASL su tecniche di comunicazione per la sorveglianza nutrizionale, Evidence Based Prevention e Buone Pratiche per la realizzazione degli interventi di prevenzione dell’obesità, con particolare riguardo al setting scuola;
- 2) comunicazione dei risultati del progetto OKkio alla Salute 2010 agli insegnanti ed ai genitori ed adesione delle scuole al progetto;
- 3) formazione degli insegnanti coinvolti nel progetto, da parte degli operatori sanitari per la realizzazione partecipata di interventi su stili alimentari e di vita corretti ai bambini;
- 4) istituzione di tavoli di confronto e di informazione con i rappresentanti dei genitori e delle ditte che erogano i servizi mensa per migliorare la qualità nutrizionale dei pasti consumati nella scuola;
- 5) realizzazione dell’indagine OKkio alla Salute 2012.

Per la linea di attività sulla formazione/aggiornamento degli operatori ASL si farà riferimento ai materiali prodotti dal Progetto CNESPS “Programma di informazione e comunicazione a sostegno del programma Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari” e dal Progetto CCM – ARS Toscana “EBP e prevenzione dell’obesità” e saranno formati almeno due operatori per ciascuna ASL Regione Lazio. La linea di attività sulla comunicazione dei risultati dell’indagine OKkio alla Salute 2010 interesserà il 100% delle scuole coinvolte ed in tale fase sarà raccolta l’adesione delle scuole al progetto. Come attività collaterale, a rinforzo delle attività di sorveglianza, sarà effettuata la comunicazione dei risultati dell’indagine HBSC alle scuole coinvolte. Per le linee di attività nella scuola, saranno consolidate le reti di collaborazione tra operatori sanitari e dirigenti/insegnanti-referenti già attivate per OKkio alla Salute 2010 e si farà riferimento ai materiali e kit educativi



consegnati dagli operatori sanitari nel corso dell'indagine OKkio alla Salute 2010. In relazione all'evidenza disponibile ed alle criticità evidenziate in OKkio alla Salute 2010, il percorso educativo sui bambini sarà condiviso e progettato insieme agli insegnanti, valutando i bisogni rilevati (documentati dall'indagine OKkio alla Salute 2010 su indicatori di rischio dietetico e sociale) ed i bisogni percepiti dagli insegnanti. Il percorso educativo sarà integrato con iniziative già in atto (se presenti) o da valorizzare nella scuola e nel contesto urbano locale, con la partecipazione attiva dei genitori, secondo modalità che saranno indicate dagli insegnanti. Il coinvolgimento delle ditte che erogano i servizi mensa e dei rappresentanti dei genitori avrà lo scopo di valorizzare la qualità nutrizionale dei servizi forniti dalla mensa ed analizzare barriere e criticità che ostacolano il consumo regolare di ricette a base di verdure, frutta e merende equilibrate (qualora fornite dal servizio di ristorazione). Nelle ASL in cui erano state selezionate un minor numero di scuole OKkio 2010, si effettuerà l'intervento in almeno due scuole rappresentative degli strati sociali del territorio ed il percorso formativo degli insegnanti sarà documentato da un registro di attività; sarà inoltre sperimentata la fattibilità dell'utilizzo come strumento di valutazione di uno specifico questionario KAB in un sottogruppo di genitori ed insegnanti. La realizzazione dell'indagine OKkio alla Salute 2012 sarà effettuata dagli operatori già standardizzati per i sistemi di sorveglianza, ed interesserà almeno il 95% delle scuole campionate; i dati raccolti arricchiranno gli elementi di valutazione dell'intervento effettuato per riorientare il ciclo della programmazione sorveglianza-interventi. Attori e portatori di interesse coinvolti sono: operatori sanitari, insegnanti, genitori e loro rappresentanti, bambini della scuola elementare, rappresentanti delle ditte di ristorazione collettiva che erogano il servizio nelle scuole. Possibili criticità e vincoli, oltre quelli già espressi in premessa, sono rappresentati dall'adesione al progetto da parte delle scuole, dalla partecipazione dei genitori e delle ditte di ristorazione collettiva che erogano il servizio mensa nelle scuole.

#### **2.9.2B: promozione di buone pratiche su alimentazione e stili di vita attivi degli operatori e fruitori delle mense aziendali**

Lo scopo generale dell'intervento è favorire l'adozione di stili alimentari e di vita corretti nella popolazione adulta, tramite la diffusione di materiale informativo nei luoghi di lavoro dotati di mensa aziendale e la valorizzazione di alimenti salutari nel pasto mensa.

L'intervento si basa sulle seguenti linee di attività:

- 1) definizione di un protocollo operativo comune ed elaborazione dei materiali di supporto;
- 2) formazione/aggiornamento degli operatori sanitari secondo i protocolli elaborati ed illustrazione del materiale informativo;
- 3) realizzazione di tavoli di confronto e di informazione con i rappresentanti delle ditte che erogano i servizi mensa ed i rappresentanti delle commissioni mensa (ove presenti), per la valorizzazione gli alimenti salutari nel pasto mensa;
- 4) diffusione di materiale informativo tra i lavoratori.

L'intervento intende ampliare le attività già intraprese in coerenza con la Determina Regione Lazio 2077 del 11/06/2007 "Qualità nutrizionale dei pasti nella ristorazione collettiva Procedure di verifica e modulistica" e dedicate prevalentemente alla valutazione della qualità nutrizionale dei menù "sulla carta" (attività che sarà comunque mantenuta nella ristorazione collettiva), prevedendo un coinvolgimento attivo delle parti interesse per facilitare scelte nutrizionali consapevoli ed orientate alla salute. Allo scopo, saranno utilizzate le reti di collaborazione già attivate con le aziende di ristorazione collettiva delle mense aziendali e sarà istituito un gruppo di progetto ad hoc per la predisposizione del protocollo operativo e dei materiali di supporto. La fase di formazione/aggiornamento degli operatori sanitari prevederà la partecipazione di

almeno due operatori per ciascuna ASL Regione Lazio. In relazione all'evidenza disponibile ed alle criticità evidenziate nell'indagine PASSI 2007-2009, saranno condivise ed identificate con i rappresentanti della ristorazione collettiva e dei lavoratori le strategie per facilitare scelte alimentari salutari nelle mense aziendali (modifica dei menù, evidenza di combinazioni alimentari bilanciate, proposte di ricette), con particolare riguardo al consumo di alimenti vegetali ed alla riduzione del consumo di sale. Per la diffusione del materiale informativo, ci si avvarrà dei canali di comunicazione dell'azienda secondo modalità che verranno definite con datori di lavoro e rappresentanti dei lavoratori. Ciascuna ASL effettuerà l'intervento in almeno cinque mense aziendali che siano rappresentative dei diversi strati sociali del territorio e sarà sperimentata la fattibilità come strumento di valutazione di uno specifico questionario KAB in un sottogruppo di lavoratori e di operatori della mensa. Attori e portatori di interesse coinvolti sono: operatori sanitari, datori di lavoro, fruitori delle mense aziendali, associazioni sindacali e rappresentanti delle ditte di ristorazione collettiva che erogano il servizio mensa. Possibili criticità e vincoli sono rappresentati dalla copertura/aggiornamento dell'anagrafe imprese alimentari dei Dipartimenti di Prevenzione, dall'adesione al progetto da parte dei datori di lavoro delle aziende selezionate, partecipazione dei rappresentanti delle ditte di ristorazione collettiva e delle commissioni mensa.

### **2.9.2C: promozione allattamento al seno verso i neogenitori**

Le attività di counselling possono essere utili in tutte le fasi del percorso nascita e quindi durante la gravidanza, al momento del parto, subito dopo il parto, e al momento del ritorno della mamma a casa con il suo bambino. È infatti importante che gli operatori dedicati al sostegno delle donne sull'AS abbiano le competenze necessarie per attivare un supporto efficace.

L'intervento di promozione dell'AS che si vuole portare avanti farà riferimento al modello validato Genitoripiù che si basa sulle seguenti linee di attività:

- 1) creazione di una rete che coinvolga attivamente i servizi territoriali (consultori familiari, presidi vaccinali) nello sviluppo dell'intervento di promozione dell'AS.
- 2) formazione/aggiornamento degli operatori per il trasferimento delle conoscenze e competenze sulle evidenze di efficacia dell'AS, sull'implementazione e la sensibilizzazione al counselling rivolta agli operatori dei servizi territoriali che svolgono attività inerenti il percorso nascita
- 3) promozione attraverso la consegna di materiali informativi alle donne in occasione incontri di accompagnamento alla nascita insieme a un minicounselling verbale.

Attori e portatori di interesse coinvolti sono: operatori sanitari territoriali, associazioni, gruppi di auto-aiuto. Possibili criticità e vincoli sono rappresentati dalle risorse di personale ed economiche disponibili.

## Beneficiari

### **Target dell'intervento (possibilmente in termini numerici e percentuali)**

2.9.2A : coinvolgimento nel progetto di insegnanti, bambini e genitori, appartenenti ad almeno il 60% delle scuole elementari selezionate per OKkio alla Salute 2010.

2.9.2B: coinvolgimento nel progetto di almeno il 50% delle ditte che effettuano ristorazione collettiva nella Regione e dei lavoratori che fruiscono del relativo servizio mensa.

2.9.2C coinvolgimento nel progetto di almeno il 50% degli operatori del territorio dedicati; genitori/neonati

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

2.9.2A

3. Aumentare le conoscenze degli operatori aziendali su EBP e buone pratiche per la realizzazione degli interventi riguardo all'alimentazione e stili di vita attivi nel setting scuola
4. Aumentare le conoscenze e facilitare l'adozione di stili alimentari corretti e stili di vita attivi nella popolazione infantile, presso le scuole elementari

2.9.2B

3. Realizzare gruppi di progetto per il miglioramento delle scelte alimentari nelle mense sui luoghi di lavoro con la partecipazione attiva delle parti interessate
4. Aumentare le conoscenze e facilitare l'adozione di stili alimentari corretti e stili di vita attivi nella popolazione adulta in età lavorativa

2.9.2C

3. Aumentare le conoscenze degli operatori aziendali sulle buone pratiche per la realizzazione degli interventi riguardo all'allattamento al seno
4. Aumentare l'informazione e ad incrementare le competenze genitoriali perché la scelta di allattare al seno sia consapevole ed effettivamente praticabile

<i>INDICATORI</i>	<i>FONTE DI VERIFICA</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011</i>		<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012</i>	
			<i>ATTESO</i>	<i>OSSERVATO</i>	<i>ATTESO</i>	<i>OSSERVATO</i>
N° di scuole dove è stato effettuato l'intervento/n° totale scuole coinvolte nel progetto Okkio alla Salute 2010 (%)	3. Report regionale di OKkio alla Salute 2010 4. Report regionale sul progetto	0%	30%		60%	
N° di ditte di ristorazione collettiva coinvolte nei tavoli di lavoro/ n° totale di ditte di ristorazione collettiva presenti nel territorio (%)	3. Anagrafe imprese alimentari presenti nei Dipartimenti di Prevenzione 4. Report regionale sul progetto	0%	20%		50%	
operatori territoriali dedicati/ operatori territoriali formati su AS (%)	Dati ECM (n. partecipanti ai corsi)	0%	30%		50%	

*(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)*

<p>Titolo del Progetto o del programma:  <b>Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro</b></p>
<p>Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :  <b>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)</b></p>
<p>n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale  <b>2.9.3</b></p>
<p>Breve descrizione dell'intervento programmato</p> <p><b>Analisi del problema</b></p> <p>L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2004) ha stimato attribuibile all'alcol il 4% del carico di malattia complessivo e tra il 10 e il 30% della quota di infortuni sul lavoro, ed in particolare di quelli gravi. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità una percentuale compresa tra il 4 e il 20% di tutti gli infortuni denunciati in Italia risulta alcol correlata. <b>Ciò significa che dei circa 940.000 infortuni denunciati, 37.000-188.000 trovano la loro causa nell'uso e abuso di alcol.</b></p> <p>Negli studi in cui è stata determinata l'alcolemia, a seguito di un infortunio sul lavoro, essa è risultata positiva nel 5-20% dei casi, con valori superiori a 0,8 g/l nel 5-10% dei soggetti (Baker et al, 1982; Lewis et al, 1989; Currie et al, 1985; Lings et al, 1984; Jones et al, 1991; Copeland et al, 1985; Alleyne et al, 1991). L'OMS (2009) evidenzia che il consumo di alcol può incrementare il rischio di assenteismo e ridurre la qualità della performance lavorativa: e' stato stimato, sulla base di 21 studi europei, che il 47% (pari a 59 miliardi di euro) dei costi sociali da alcol in Europa, sia riconducibile ad una perdita di produttività.</p> <p>Le strategie di prevenzione dell'OMS sull'alcol (2010) raccomandano di <b><i>promuovere politiche sull'alcol per i luoghi di lavoro basati sull'educazione, la prevenzione, l'identificazione precoce e il trattamento</i></b> da integrarsi nei programmi di sorveglianza sanitaria.</p> <p>Data la rilevanza sociale ed economica del problema negli ultimi anni si sono susseguite, in Italia, normative che limitano la possibilità di consumare alcolici prima di mettersi alla guida o la vietano del tutto per determinate categorie di lavoratori ritenute particolarmente a rischio per se stesse o per gli altri.</p> <p>La Legge n. 125 del 30 marzo 2001 "<i>Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati</i>", agli art. 6 e 15, disciplina rispettivamente il codice della strada e la normativa per la sicurezza sul lavoro relativamente all'uso</p>

dell'alcool. Con il Provvedimento 16 marzo 2006 la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha individuato **le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni** sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.

Il D.Lgs. n. 81/2008 (Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) stabilisce che, nelle attività individuate a rischio, le visite mediche effettuate dal medico competente aziendale sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (art. 41 comma 4).

*Tali normative trovano però degli ostacoli, nella loro applicazione, in quei contesti lavorativi in cui l'abitudine all'assunzione di bevande alcoliche è più consolidata e non viene considerata come un possibile fattore di rischio nell'effettuazione della propria mansione.*

Le attività, ritenute ad elevato rischio, riguardano diversi ambiti lavorativi, ma alcune di esse sono da ritenersi prioritarie per interventi mirati di prevenzione:

- le mansioni inerenti le attività di trasporto : guida di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E; guida di taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente; guida di veicoli che trasportano merci pericolose su strada;
- gli addetti alla guida di macchine di movimentazione terra e merci (muletti o carrelli elevatori);
- le mansioni sanitarie svolte in strutture pubbliche e private : medico specialista in anestesia e rianimazione; medico specialista in chirurgia; medico ed infermiere di bordo; medico comunque preposto ad attività diagnostiche e terapeutiche; infermiere; operatore socio-sanitario; ostetrica caposala e ferrista;
- i lavoratori dei comparti dell'edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedono attività in quota, oltre i 2 metri di altezza.

## Soluzione

La sicurezza relativa al consumo di alcol sul luogo di lavoro è una parte del complesso problema della sicurezza sul lavoro aziendale che **deve essere garantita** in tutti i suoi aspetti. L'azienda in cui sono presenti attività lavorative ad elevato rischio deve considerare l'assunzione di alcol come uno dei fattori che aumentano il rischio infortunistico e deve adottare pertanto opportune **procedure di controllo** in tema di applicazione delle norme sul divieto del consumo di alcol sul lavoro. Tali procedure concernono aspetti di sorveglianza sanitaria, accertamenti per la gestione dei singoli casi di abuso ed accertamenti collettivi senza preavviso. E' quanto mai necessario assistere le figure della prevenzione aziendale, i datori di lavoro ed i lavoratori nello sviluppo ed applicazione delle idonee procedure.

### Strutture sanitarie

I Servizi PreSAL, attraverso interventi di informazione, educazione e formazione mirati ai lavoratori ed alle figure della prevenzione delle aziende possono svolgere un ruolo significativo nell'incremento della consapevolezza del rischio, nella promozione del rispetto del divieto di assunzione di alcolici e nell'adozione di procedure di controllo corrette ed adeguate, determinando in tal modo una riduzione dei consumi e di conseguenza dei danni alla salute e alla sicurezza.

Il progetto sarà sviluppato in modo omogeneo e coordinato da parte di almeno 4 Servizi PreSAL. I questionari sono già stati sviluppati dal gruppo regionale dei referenti della promozione della salute sul lavoro, al quale hanno dato il loro contributo i Servizi PreSAL della ASL Roma B, ASL Roma C, ASL Roma D, ASL Roma G, ASL Roma H e ASL di Latina.

### **Beneficiari**

Lavoratori, medici competenti, RSPP, RLS, datori di lavoro, dirigenti e preposti di aziende del settore dei **trasporti, della sanità e dell'edilizia**.

Il progetto coinvolgerà direttamente un numero complessivo di almeno 1600 lavoratori.

### **Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti**

#### **Obiettivo generale**

**L'obiettivo di salute perseguito è la riduzione del consumo di alcol sul lavoro, attraverso l'adozione di adeguate procedure di controllo da parte delle aziende volte al rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche nelle attività a rischio.**

E' necessario attivare la collaborazione di imprese e lavoratori per promuovere nei luoghi di lavoro una maggiore consapevolezza dei soggetti interessati sui rischi connessi al consumo di alcol in attività ad elevato rischio di infortuni, per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini della non assunzione e somministrazione di bevande alcoliche.

#### **Obiettivi specifici**

1) **Analisi della percezione del problema alcol in aziende dei trasporti, sanità ed edilizia attraverso l'impiego di questionari validati, mirati per i lavoratori e per le singole figure aziendali della prevenzione (medici competenti, RSPP, RLS, datori di lavoro, dirigenti e preposti)**

2) **Realizzazione di interventi d'informazione per le aziende finalizzati all'adozione di procedure di controllo del consumo di bevande alcoliche sul lavoro**

#### **Risultati attesi**

- **Maggiore consapevolezza del problema alcol nel settore dei trasporti, della sanità e dell' edilizia**
- **Adozione di procedure di controllo da parte delle aziende in tema di applicazione delle norme sul divieto del consumo di alcol sul lavoro.**
- **Maggiore rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche nelle attività a rischio**
- **Riduzione del consumo di alcol sul lavoro**

### Attività

- a) elaborazione e/o acquisizione di materiale operativo (materiale didattico, opuscoli informativi, linee di buona pratica, apparecchiature analitiche)
- b) censimento di aziende a rischio e raccolta adesioni
- c) somministrazione di questionario a lavoratori e figure della prevenzione
- d) eventi formativi specifici per DdL, dirigenti, preposti, MC, RSPP, RLS
- e) eventi informativi specifici per lavoratori con collaborazione delle figure aziendali (DdL, MC, RSPP, RLS)
- f) ricognizioni dei centri alcolologici sul territorio
- g) pubblicizzazione dell'offerta di servizi sul territorio tramite opuscoli distribuiti nei corsi di formazione e messi a disposizione del medico competente

### Bibliografia essenziale

Ministero della Salute - *CCM Piano Nazionale Alcol e Salute (2007)*

Legge 30.3.2001 N. 125 "*Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati*"

Conferenza Permanente Stato Regioni "*Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche ai sensi dell'art. 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125*" **G.U. 75 del 30.3.2006**

World Health Organization. *Strategies to reduce the harmful use of alcohol: draft global strategy (2010)*

World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse. *Global Status Report on Alcohol.*

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_status\\_report\\_2004\\_overview.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf) (2004)



<i>INDICATORI</i>	<i>FONTE DI VERIFICA</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011</i>		<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012</i>	
			<i>ATTESO</i>	<i>OSSERVATO</i>	<i>ATTESO</i>	<i>OSSERVATO</i>
N° procedure di controllo adottate /N° aziende informate X 100	Sistema informativo SPreSAL Area 58/03	/	90%		90%	
N° lavoratori e figure aziendali della prevenzione che hanno risposto / N° lavoratori e figure aziendali della prevenzione delle aziende coinvolte	Questionario somministrato alle figure aziendale della prevenzione che hanno partecipato all'intervento informativo	/	60%		60%	
N° lavoratori esercitanti attività a rischio informati	Sistema informativo SPreSAL Area 58/03	/	800/		1600/	

*(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)*

Titolo del Progetto o del programma:

**Promozione all'interno di aziende pubbliche e private di modelli d'intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo.**

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

**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)**

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

**2.9.4**

Breve descrizione dell'intervento programmato

### Analisi del problema

A seguito dell'entrata in vigore della L. 3/2003 l'Italia ha sperimentato una significativa riduzione dell'esposizione involontaria al fumo di tabacco ambientale (Valente, 2007). Contemporaneamente è stata osservata una riduzione del numero dei ricoveri per infarto acuto del miocardio (Barone-Adesi 2006; Cesaroni 2008; Glantz 2008).

Non sembra invece essersi prodotta una decisiva riduzione della prevalenza dei fumatori: il 25.4% della popolazione italiana fuma attualmente contro il 26.2% del 2004 (OSSFAD-Doxa 2009). In particolare tra i giovani (15-24 anni) i fumatori costituiscono il 29% (OSSFAD,2009). A riguardo i dati relativi alla regione Lazio sono tra i peggiori in assoluto. *Nell'ambito delle strutture sanitarie è poi da rilevare una alta prevalenza di fumatori tra gli operatori sanitari, tanto più elevata se confrontata con quella di altri Stati.*

Nell'ambito dei progetti CCM "Piano nazionale di formazione sul tabagismo rivolto ai pianificatori regionali" e "Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale" la Regione Lazio ha fornito un supporto tecnico specifico finalizzato alla costituzione di una "rete" di operatori coinvolti nella prevenzione del tabagismo e del fumo passivo nei luoghi di lavoro attraverso uno progetto (D4085 del 9/12/2009, D4170 del 14/12/2009 e D 0238 del 28 gennaio 2010) assegnato al Dipartimento di Prevenzione della ASL Roma G., conclusosi con un Workshop interregionale il 12 novembre 2010 in Roma sulla "Prevenzione del tabagismo nei luoghi di lavoro: realtà e prospettive".

In particolare per i luoghi di lavoro sono da prendere in considerazione i **seguenti aspetti** :

- il fumo di tabacco è un inquinante tossico ambientale,
- impossibilità di eliminare completamente il rischio attraverso sistemi di ventilazione e ricambio d'aria
- rischio sinergico per esposizioni professionali
- elevata prevalenza di fumatori nella popolazione lavorativa
- scarso controllo dell'applicazione del divieto di fumo (L3/3003)
- limitati interventi di promozione della salute
- insufficiente assistenza alle imprese
- necessità di promuovere adozione di counselling breve da parte dei medici competenti
- insufficiente informazione
- operatori sanitari con eccessiva prevalenza di fumatori

### Evidenze/prove scientifiche di provata efficacia

L' Action Plan WHO 2008-2013, pone tra i suoi obiettivi la promozione di interventi per ridurre i principali fattori di rischio modificabili per le malattie croniche: tabacco, alimentazione scorretta, sedentarietà e abuso di alcol (WHO, 2008).

L'ultimo aggiornamento della Cochrane Review in materia di interventi nei luoghi di lavoro finalizzati alla cessazione dell'abitudine al fumo nelle sue conclusioni rileva che emergono forti evidenze riguardo all'efficacia di interventi mirati ai fumatori nei luoghi di lavoro per aumentare la probabilità che essi smettano di fumare e che ci sono inoltre consistenti evidenze in merito al fatto che il divieto di fumo nei luoghi di lavoro possa fare diminuire il consumo di sigarette dei fumatori durante la giornata lavorativa e l'esposizione dei non fumatori al fumo di tabacco ambientale sul lavoro; mentre evidenze contraddittorie risultano in merito alla diminuzione della prevalenza dell'abitudine al fumo ed al consumo generale di tabacco da parte dei fumatori.

**Le politiche aziendali di prevenzione, cura e controllo del tabagismo possono rappresentare misure efficaci per ridurre la prevalenza di fumatori nonché il consumo di sigarette e l'esposizione a fumo passivo.** La cessazione dell'abitudine al fumo rappresenta oggi la strategia più efficace per ridurre la mortalità associata al fumo di sigaretta a medio termine.

*Il mondo del lavoro può diventare, quindi, un ambito fondamentale per sviluppare azioni positive per favorire la cessazione del fumo da parte dei fumatori, prevenire l'acquisizione dell'abitudine al fumo da parte dei giovani, proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo, considerando che la maggior prevalenza di fumatori si riscontra proprio nella fascia d'età di lavoro attivo e la rilevanza di dati sul rischio di cancro relativi al fumo passivo sul posto di lavoro stimati dalla IARC.*

Le Linee Guida Clinico-organizzative per la cessazione del fumo di tabacco della Regione Piemonte (2007) evidenziano come le strutture sanitarie possano giocare un ruolo

importante in un programma complessivo di promozione della cessazione dall'abitudine al fumo. Ciò è possibile attraverso l'adozione di pratiche di 'counselling breve' da parte di tutti gli operatori sanitari.

In particolare i medici competenti potrebbero rilevarsi molto utili nella promozione di ambienti di lavoro senza fumo partecipando organicamente a programmi di prevenzione di sanità pubblica da realizzarsi nel corso dell'attività di sorveglianza sanitaria, in analogia a quanto i medici di famiglia già svolgono sul territorio. I medici competenti dovrebbero avere inoltre un ruolo attivo nel favorire la cessazione dell'abitudine al fumo degli operatori sanitari loro affidati per la sorveglianza sanitaria. E' necessario, a tal fine formare i medici competenti del SSR e sviluppare modelli di promozione della salute finalizzati a ridurre il consumo di sigarette tra i lavoratori della sanità, nonché per accrescere il rispetto della normativa antifumo. Tenendo conto che gli operatori sanitari possono costituire un importante esempio per l'assunzione di stili di vita salutari, è possibile immaginare una positiva ricaduta sulla salute della popolazione generale nel tempo.

#### **Beneficiari**

Lavoratori, medici competenti, RSPP, RLS, datori di lavoro, dirigenti e preposti di aziende pubbliche e private presenti sul territorio di almeno 4 ASL della regione Lazio. Il progetto coinvolgerà un numero complessivo di almeno 2000 lavoratori.

#### **Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti**

**Riduzione del consumo di tabacco nei luoghi di lavoro attraverso l'adozione di adeguate no-smoking policy aziendali**

Il progetto ha lo scopo di promuovere all'interno di aziende pubbliche e private interventi di informazione e assistenza volti ad incrementare la consapevolezza sui rischi, ridurre l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo attraverso l'adozione di adeguate no-smoking policy aziendali comprendenti misure di prevenzione, controllo e trattamento del tabagismo nei luoghi di lavoro.

#### **Obiettivi specifici**

- 1) Analisi del problema fumo attivo e passivo nei luoghi di lavoro**
- 2) Adozione del modello di no-smoking policy aziendale da parte di aziende pubbliche e private**

#### **Risultati attesi**

- Conoscenza del problema fumo attivo e passivo nei luoghi di lavoro
- Incremento della consapevolezza e maggiore rispetto del divieto di fumo

- Adozione del modello di no-smoking policy aziendale da parte di aziende pubbliche e private
- Maggiore rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro
- Riduzione dei livelli di consumo di tabacco nei luoghi di lavoro
- Miglioramento della capacità dei Servizi di promuovere salute e assistenza alle imprese
- Favorire l'incontro di domanda e offerta territoriale per il trattamento dei tabagisti

### Attività

- Attivare la collaborazione di imprese e lavoratori per promuovere nei luoghi di lavoro una maggiore consapevolezza sul problema del fumo nei luoghi di lavoro
- Valutare le policy aziendali sul fumo attraverso analisi della documentazione, sopralluoghi ed utilizzo di check-list
- Somministrare questionari ai lavoratori ed alle figure della prevenzione sulla percezione del problema fumo
- Assistere i medici competenti nella proposizione del counselling breve ai lavoratori fumatori
- Assistere le figure aziendali della prevenzione in tema di no smoking policy
- Realizzazione attività informativa e formativa sulla prevenzione cura e controllo del tabagismo rivolti a RSPP, MC, Tecnici e Preposti L. 3/2003
- Attivazione counselling e terapia per il tabagismo rivolti ai lavoratori
- Rilevazione delle modificazioni intervenute attraverso valutazioni ragionate del GdL, sopralluoghi, check-list, questionari, interviste

### Strutture sanitarie e metodologie

I Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro hanno come compito istituzionale quello di promuovere la salute nei luoghi di lavoro mediante la vigilanza, l'assistenza, l'informazione e l'educazione alla salute. Uno dei compiti è quello di promuovere conoscenze, comportamenti ed atteggiamenti favorevoli alla salute, rivolti non solo ai rischi derivanti dalle lavorazioni in senso stretto, ma anche a quelli connessi alle abitudini personali che possono influire sulla sicurezza e salubrità del posto di lavoro.

I Servizi PreSAL, attraverso interventi di informazione della popolazione lavorativa e di assistenza alle aziende, ai medici competenti ed alle altre figure della prevenzione aziendale, possono svolgere un ruolo significativo nell'adozione di adeguate no-smoking policy determinando una riduzione del consumo di tabacco nei luoghi di lavoro e di conseguenza dell'esposizione al fumo e dei danni alla salute dei lavoratori.

Il modello di no-smoking policy di riferimento è quello del *Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro "Verso una azienda senza fumo" (2007)* prodotto dal gruppo interregionale CCM "Area prevenzione del tabagismo nei luoghi di lavoro"

Il progetto sarà sviluppato in modo coordinato da parte di almeno 4 Servizi PreSAL. I questionari necessari all'analisi del problema, rivolti a tutte le figure della prevenzione aziendale, sono già stati sviluppati dal gruppo regionale dei referenti della promozione della salute sul lavoro, al quale hanno dato il loro contributo i Servizi PreSAL della ASL Roma A, ASL Roma E, ASL Roma G, ASL di Frosinone e ASL di Viterbo. Allo stesso modo sono disponibili *check-list per la valutazione della no-smoking aziendale ed un opuscolo informativo* prodotto dal gruppo interregionale tabagismo area luoghi di lavoro.

Per quanto attiene agli interventi informativi/formativi sul counselling breve e la promozione della cessazione dell'abitudine al fumo si farà riferimento alle Linee Guida dell'OSSFAD - ISS.

### **Budget**

Finanziamento già previsto dalla DGR 813/2009

### **Bibliografia essenziale**

WHO. 2008-2013 *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. (2008).

*Indagine DOXA-ISS, Il fumo in Italia*. OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità (2009)

Marcolina D et al *Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro "Verso una azienda senza fumo"* (2007)

DGR Regione Lazio 813/2009

Valente P., F Forastiere, A Bacosi, G Cattani, S Di Carlo, M Ferri, I Figà Talamanca, A Marconi, L Paoletti, C Perucci and P Zuccaro. *Exposure to Fine and Ultrafine Particles from Secondhand Smoke in Public Places Before and After the Smoking Ban, Italy 2005*. *Tobacco Control*, Volume 16, 5:312-317. (2007).

Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Cessazione del fumo di tabacco. Commissione Regionale Anti-Tabacco (2007).

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga - ISS (OSSFAD). Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo.

<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/lqd.1105961067.pdf> (2002).

<i>INDICATORI</i>	<i>FONTE DI VERIFICA</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010</i>	<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011</i>		<i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012</i>	
			Atteso		Atteso	
N° no-smoking policy adeguate adottate /N° aziende coinvolte X 100	Sistema informativo SPreSAL Area 58/03	/	90%		90%	
N° lavoratori e figure aziendali della prevenzione che hanno risposto / N° lavoratori e figure aziendali della prevenzione delle aziende coinvolte	Questionario somministrato alle figure aziendali della prevenzione delle aziende coinvolte	/	70%		70%	
N° lavoratori di aziende pubbliche e private informati	Sistema informativo SPreSAL Area 58/03	/	1000/		2000/	

O

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

<p>Titolo del Progetto o del programma:  <b>Prevenzione dell'iniziazione al consumo di tabacco e sostanze</b></p>
<p>Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :  <b>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)</b></p>
<p>N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale  <b>2.9.5</b></p>
<p>Breve descrizione dell'intervento programmato</p> <p>L'uso di sostanze psicoattive costituisce una delle principali cause di morte e di problemi di salute tra i giovani. In particolare, il fumo di tabacco, rappresenta uno dei più gravi problemi di sanità pubblica che vede coinvolta la popolazione giovanile (15-24 anni) nella misura del 22,3%. L'alcol, inoltre, costituisce il primo fattore di rischio di invalidità, mortalità prematura e malattia cronica nei giovani (uno su quattro tra i 15 e i 29 anni muore a causa dell'alcol). (Epicentro, dati CNESPS, 2010)</p> <p>Le linee guida dell'OMS, prevedono una serie di obiettivi di salute da raggiungere entro l'anno 2015, riguardanti la riduzione significativa degli effetti dannosi derivanti dal consumo di sostanze che causano dipendenza quali il tabacco, l'alcol e le droghe, in tutti gli Stati membri.</p> <p>Come dimostrato da molte ricerche, i più efficaci programmi preventivi sono quelli che pongono un'enfasi particolare sull'apprendimento di competenze e capacità, più che di conoscenze (Thomas R., 2004). La sola conoscenza dei rischi non è un fattore di protezione, se non è accompagnato dall'abilità di resistere alle influenze sociali (come ad esempio il gruppo dei pari). Il modello (conoscenze + abilità di resistenza), esteso alle <b>life skills</b> (capacità personali come assertività, capacità di prendere decisioni, senso critico, gestione dello stress ecc.), viene identificato come <b>programma di influenza sociale (comprehensive social influence)</b> e contiene anche la correzione di convinzioni dei giovani sull'accettazione e diffusione dell'uso di sostanze, nonché sugli interessi legati alla loro commercializzazione (educazione normativa).</p> <p>Per l'attuazione di tale programma, le scuole rappresentano uno dei contesti più importanti in grado di contribuire in modo sostanziale al miglioramento dello stato di salute delle generazioni future. La scuola costituisce, infatti, il <i>setting</i> ideale per questo tipo di interventi.</p> <p>A tale proposito, nel 2004 è stata avviata una importante iniziativa europea per valutare l'efficacia dei programmi di prevenzione nelle scuole. Quello che conteneva tutte le componenti di cui deve essere dotato un programma di influenza sociale è stato riscontrato nel programma scolastico denominato <i>Unplugged</i> sperimentato nel 2004/2005 in 9 Centri di 7 Paesi Europei (tra cui due Regioni italiane). Dalla valutazione dell'efficacia di <i>Unplugged</i> è emersa una netta diminuzione dell'uso di sostanze tra gli studenti che hanno partecipato al programma rispetto agli studenti di controllo (prevenzione e ritardo nell'uso di tabacco e altre sostanze tra gli studenti di 12 – 14 anni/ in particolare riduzione del 30% del consumo giornaliero di sigarette e degli episodi di intossicazione da alcol e uso di cannabis), effetti che, dopo una valutazione a lungo termine, si protraggono nel tempo.</p>



Nella Regione Lazio, gli interventi di promozione della salute effettuati dalle ASL e dalle Istituzioni scolastiche nell'ambito della promozione della salute sono stati molto spesso caratterizzati da frammentarietà e disomogeneità operative e non sempre è stato possibile la loro valutazione e riproducibilità.

Tale dato è confermato da una rilevazione dell'Istituto Superiore di Sanità (Progetto Scuolasalute, CNESPS, 2007) che ha coinvolto gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL del Lazio sulle attività di educazione e promozione alla salute nella scuola. Da tale rilevazione è sostanzialmente emerso che:

- 1) numerosi sono i progetti realizzati e riguardanti varie problematiche di salute;
- 2) pur nella validità degli obiettivi proposti, molto spesso viene evidenziata una carenza negli aspetti metodologici e in quelli valutativi degli esiti;
- 3) programmi di breve durata, isolati o "moraleggianti" si sono rivelati non solo inefficaci ma, a volte, in grado di stimolare la curiosità nei giovani nei confronti dei comportamenti a rischio oggetto della prevenzione;
- 3) vi è una condivisa richiesta di produrre e diffondere metodologie e strumenti operativi che supportino e migliorino le attività specifiche.

Sulla base della necessità di adottare una metodologia e degli strumenti di intervento, basati su prove di efficacia e su esperienze di promozione della salute sperimentate e validate, si propone, quale riferimento operativo per i vari soggetti operanti in tale ambito, anche al fine di supportare e rendere omogenei gli interventi su tematiche di salute definite come prioritarie, l'adozione del programma multicentrico europeo *EuDap Unplugged*.

#### Descrizione dell'intervento

L'intervento prevede:

2.9.6 A - Adozione nelle scuole medie di primo e secondo grado di programmi di provata efficacia che si basano su un modello di influenza sociale globale (Comprehensive Social Influence approach) e sulle Life Skills

2.9.6 B - Scelta e somministrazione del programma EUDAP /Unplugged finalizzato alla prevenzione dell'uso

di tabacco, alcol e droghe nelle scuole medie di primo e secondo grado del territorio della Regione Lazio

2.9.6 C - Creazione di un Gruppo di Coordinamento Regionale per la promozione della salute nelle scuole composto dai Referenti di ogni ASL avente il compito di coordinare le attività nelle scuole del territorio di competenza

2.9.6 D - Svolgimento della formazione dei Referenti regionali per la promozione della salute nella scuola al programma Unplugged

2.9.6 E - Svolgimento della formazione degli insegnanti delle scuole aderenti al programma

2.9.6 F. - Realizzazione dell'intervento nelle scuole

E' prevista una formazione iniziale da parte degli esperti del programma europeo a tutti i Referenti regionali per la promozione della salute delle ASL del Lazio (nominati con lettera del Direttore Generale dell'ASL per svolgere l'attività di promotori della salute nel territorio di loro competenza territoriale) a cui farà seguito una formazione degli insegnanti da parte dei Referenti regionali per la promozione della salute delle ASL del Lazio. Gli insegnanti formati realizzeranno l'intervento nelle classi utilizzando i materiali didattici proposti dal programma.

Le caratteristiche centrali del curriculum formativo sono le seguenti:

1. **adozione di un modello basato sull'influenza sociale globale** (*comprehensive social influence approach*) che include una equilibrata miscela di nozioni teoriche, sviluppo di abilità sociali generali (capacità critica, risoluzione dei conflitti, formulazione di obiettivi, comprensione delle dinamiche di gruppo, management di stress ed emozioni) e correzione delle percezioni erronee riguardanti la diffusione e l'accettabilità dell'uso di sostanze psicotrope;
2. **scomposizione in 12 unità modulari**, ciascuna della durata di un'ora scolastica, con la

seguinte struttura: introduzione e formazione del gruppo-classe, dichiarazione degli obiettivi formativi, attività centrale (spesso un gioco interattivo o un gioco di ruoli), riflessione e chiusura. Le unità modulari sono adattabili a qualsiasi schema scolastico, anche la raccomandazione è di condurle con cadenza preferibilmente settimanale;

3. **conduzione da parte di un insegnante di qualsiasi materia della scuola dell'obbligo**, previa formazione all'uso di metodi interattivi. La formazione degli insegnanti è curata dai referenti regionali per la promozione della salute nelle scuole delle asl competenti che hanno svolto il corso di formazione per formatori del programma EUDAP Unplugged.

Il curriculum Unplugged scaricabile anche dal sito

[http://www.eudap.net/detail\\_on\\_teaching\\_manual\\_italian.html](http://www.eudap.net/detail_on_teaching_manual_italian.html)

prevede l'utilizzo dei seguenti materiali didattici: guida per la diffusione di programmi di influenza sociale nelle scuole, manuale per l'insegnante, quaderno dello studente e carte da gioco tematiche.

## Beneficiari

I beneficiari dell'intervento sono gli alunni del III anno delle scuole secondarie di I grado aderenti al progetto e gli alunni del I anno delle scuole secondarie di II grado aderenti al progetto

### Scuole secondarie di primo grado del Lazio Alunni/Classi del III anno

Fonte Ufficio Scolastico Regionale del Lazio 2010

Provincia	Scuole	Alunni III anno di corso	Classi
Frosinone	80	4802	229
Latina	53	5869	267
Rieti	33	1428	73
Roma	283	36813	1685
Viterbo	57	2802	139
<b>Comune di Roma</b>	148	22679	1027
<b>totale</b>		<b>74393</b>	<b>3420</b>

### Scuole secondarie di secondo grado del Lazio alunni/Classi del I anno

Fonte Ufficio Scolastico Regionale del Lazio 2010

Provincia	Scuole (n° sedi di dirigenza)	Alunni I anno di corso	Classi
Frosinone	38	5402	231
Latina	35	5995	248
Rieti	15	1642	73
Roma	197	39302	1531
Viterbo	16	2663	113
<b>totale</b>	<b>301</b>	<b>55004</b>	<b>2196</b>

## Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Miglioramento della salute psico-sociale dei ragazzi attraverso il riconoscimento e potenziamento delle abilità personali e sociali necessarie per gestire l'emotività e le relazioni sociali e per prevenire e/o ritardare l'uso di sostanze favorendo l'adozione del programma Eu-Dap Unplugged nelle scuole

secondarie di primo (alunni del 3° anno) e secondo grado (alunni 1° anno) del Lazio.

2.9.6 A Adozione nelle scuole medie di primo e secondo grado del programma di provata efficacia - denominato Unplugged - che si basa su un modello di influenza sociale globale (Comprehensive Social Influence approach) che ingloba le Life Skills e comporta la prevenzione dell'iniziazione del consumo di tabacco e di episodi di intossicazione da alcol (da parte di 1 alunno su 30) e la riduzione del 30% del consumo giornaliero di sigarette, del 30% degli episodi di intossicazione da alcol e del 23% di riduzione dell'uso di cannabis (come riportato negli studi di efficacia dell' European Drug Abuse Prevention - EuDap 2005)

2.9.6 B Creazione di un Gruppo di Coordinamento Regionale per la promozione della salute nelle scuole - composto dai Referenti incaricati dai Direttori Generali di ogni ASL - avente il compito di coordinare le attività nelle scuole del territorio di competenza

2.9.6 C Svolgimento della formazione degli insegnanti delle scuole aderenti al programma da parte dei Referenti incaricati per la promozione della salute nelle scuole

2.9.6 D. Realizzazione dell'intervento nelle scuole aderenti al programma Unplugged

## Obiettivo generale

Promozione della salute e prevenzione delle dipendenze nella popolazione giovanile attraverso l'adozione nelle scuole secondarie di I e II grado della Regione Lazio del programma multicentrico europeo di provata efficacia denominato *Unplugged*.

## Obiettivi di processo

- Adozione dei manuali metodologici individuati dal programma "Unplugged"
- Attuazione di corsi di formazione per formatori sull'utilizzo e lo sviluppo dei materiali
- Sperimentazione dell'applicazione dei manuali nelle scuole secondarie di I e II grado della Regione Lazio che aderiscono al programma.
- Monitoraggio e valutazione dell'intervento con gli strumenti previsti nel protocollo del programma.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
1.programma Eudap/Unplugged	adozione del programma nella Regione Lazio (lettera di adesione da parte dell'Uff Scolastico Regionale del Lazio)		80% adesione al programma		100% adesione al programma	
2.gruppo di Coordinamento Regionale	istituzione del gruppo di Coordinamento Regionale presso Regione Lazio (lettere di incarico)		80% N totale Referenti/n° totale ASL		100% N totale Referenti/n° totale ASL	
3. scuole secondarie di I e II grado della Regione Lazio partecipanti al workshop informativo	realizzazione Workshop presso Regione Lazio per presentazione programma		>50 % di scuole informate /totale scuole		>75 % di scuole informate /totale scuole	
4.scuole secondarie di I e II grado partecipanti al programma Unplugged	scheda di adesione da parte delle scuole		partecipazione >30% delle scuole del Lazio		partecipazione >60% delle scuole del Lazio	
5.insegnanti formati	documentazione relativa alla partecipazione ai corsi di formazione (relaz Referente ASL/foglio firma degli insegnanti partecipanti)		partecipazione insegnanti scuole aderenti >55%		partecipazione insegnanti scuole aderenti >75%	
6.alunni delle scuole secondarie di I e II grado	scheda di monitoraggio del processo		partecipazione >60% degli studenti		partecipazione >80% degli studenti	
7.valutazione del programma	schede previste dal protocollo unplugged per studenti/ insegnanti		60% di schede consegnate dagli studenti 60% di schede consegnate dagli insegnanti 60% gradimento degli studenti 60% gradimento		75% di schede consegnate dagli studenti 75% di schede consegnate dagli insegnanti 80% gradimento degli studenti 80% gradimento	

			<b>degli insegnanti</b>		<b>degli insegnanti</b>	
--	--	--	-------------------------	--	-------------------------	--

*(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)*

<p>Titolo del programma:  <b>Consolidamento e qualificazione dei programmi di screening organizzati</b></p>
<p>Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :  <b>3.1 Tumori e Screening</b></p>
<p>n° identificativi del Programma all'interno del Piano Operativo regionale  <b>3.1.1</b></p>
<p><b>Breve descrizione dell'intervento programmato</b></p> <p>L'organizzazione di un programma di screening, intervento di sanità pubblico rivolto a fasce di popolazione a rischio generico, è determinante nel raggiungimento degli obiettivi che un programma di screening si pone quali riduzione della incidenza e/o della mortalità per i tumori della mammella della cervice uterina e del colon retto. Per essere efficaci i Programmi di Screening devono raggiungere l'intera popolazione bersaglio, raggiungere una adeguata partecipazione al test e garantire un percorso diagnostico terapeutico di qualità secondo le raccomandazioni e le linee guida nazionali. Con la DGR 4236/97 e successive modificazioni la regione Lazio ha dato mandato alle AASSL di attuare secondo un protocollo regionale i programmi di screening femminili per i tumori della mammella e della cervice uterina. Con la 1740/02 attraverso uno studio di fattibilità la Regione Lazio ha testato un modello organizzativo per l'attuazione dello screening cancro coloretale. Successivamente è stato dato mandato alle ASL di estendere il progetto pilota a tutta la popolazione bersaglio tenendo conto dei risultati ottenuti dalla sperimentazione. Il presente programma ha l'obiettivo di consolidare il lavoro svolto dalle ASL finora, di dare continuità alle azioni intraprese nel precedente PRP e di garantire il miglioramento continuo della qualità di tali interventi sanitari attraverso linee di attività orientate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- estendere i programmi di screening a tutta la popolazione bersaglio garantendo la continuità dell'invito secondo il periodismo stabilito dalle raccomandazioni nazionali;</li> <li>- promuovere il coinvolgimento dei soggetti fragili nei percorsi di screening;</li> <li>- migliorare, aggiornare ed implementare il sistema informativo regionale.</li> </ul>

### **Intervento 3.1.1.A**

#### **Totale estensione dei Programmi di Screening e mantenimento della continuità nell'invito.**

Razionale: Nel 2009 il Lazio ha registrato una estensione teorica del 100% per lo screening della mammella (12/12 ASL attive) e del 95% per lo screening della cervice uterina (11/12 ASL). Per lo screening coloretale si registra un ritardo nell'attivazione delle ASL con una estensione del 48% (5/12 ASL). La popolazione effettivamente invitata nell'ultimo round per lo screening mammografico è stata del 73,3% e del 65,0% per quello citologico, mentre l'estensione effettiva per lo screening coloretale risente della mancata attivazione di tutte le ASL (14,0%).

Si osserva una enorme eterogeneità tra i risultati raggiunti dalle varie ASL con alcuni programmi in grado di mantenere un ritmo di invito costante tale da coprire tutta la popolazione bersaglio e altre che stentano a mantenere una continuità nell'invito non garantendo così un LEA alla popolazione residente.

Anche i tassi di adesione registrati al test di screening sono molto diversi tra le varie ASL con un valore medio regionale pari al 41,6% per la mammografia e del 26,7% per il pap-test di screening. L'adesione al sangue occulto fecale è stata del 42,5% .

La mancata copertura della popolazione bersaglio può essere sintomo di un'inadeguata organizzazione o di carenze strutturali tali da non permettere di stimolare una domanda che non può essere soddisfatta.

La percentuale di donne di 25-64 anni che ha effettuato un pap-test negli ultimi tre anni è circa l'80%. La percentuale di donne di 50-69 anni che hanno effettuato una mammografia a scopo di prevenzione è del 71,4 %. A questa copertura contribuisce in modo sostanziale anche lo screening spontaneo.

Nell'area metropolitana di Roma l'adesione è più bassa rispetto alle zone fuori comune di Roma (35,1% vs 48,9% per il mammografico; 22,9% vs 43,8% per il citologico). Questo fenomeno è il sintomo di una scarsa fiducia nelle strutture territoriali del Servizio sanitario, della loro scarsa accessibilità, di insufficiente (o errata) informazione e soprattutto della presenza di un'offerta competitiva sul territorio.

**Beneficiari:** tutti i soggetti target dei programmi di screening, quali:

donne 50-69 anni (mammella)

donne 25-64 anni (cervice uterina)

uomini e donne 50-74 anni (colon retto)

#### **Azioni**

- Atto aziendale che individui coordinatore e referenti dei percorsi e dei diversi livelli.
- Introdurre l'utilizzo del mammografo mobile come struttura di I livello per superare le carenze strutturali e i problemi di risposta all'invito nei comuni poco accessibili;
- Stipulare convenzioni intra- (consultori, poliambulatori, farmacie per la distribuzione dei test SOF) e inter-aziendali (Aziende Ospedaliere o Policlinici Universitari o IRCCS) per regolamentare e garantire l'utilizzo delle risorse esistenti sul territorio da parte di programmi di screening sia per rispondere alla

domanda di approfondimenti diagnostici, in particolare di endoscopie. Il coinvolgimento deve avvenire previa verifica dei requisiti richiesti dai Criteri di Buona Pratica e secondo i protocolli regionali.

- Promuovere la partecipazione dei soggetti invitati attraverso il coinvolgimento dei MMG.
- Indirizzare ai programmi organizzati di screening le richieste spontanee di test per prevenzione abitualmente indirizzate ai CUP aziendali tramite medico di medicina generale o accesso diretto.
- Centralizzare il più possibile la lettura dei Pap-test per ottimizzare l'utilizzo delle risorse, onde raggiungere i volumi di attività per centro di lettura previsti dalle linee guida nazionali.
- Una volta garantita l'adeguatezza dei servizi, effettuare campagne di sensibilizzazione, agendo sui determinanti dell'adesione legati sia alla popolazione (etnia, livello socioeconomico, livello culturale), sia all'organizzazione del programma di screening (qualità delle liste anagrafiche, accessibilità ai centri di I livello).
- Migliorare la comunicazione degli operatori front office (numeri verdi) per favorire la partecipazione consapevole ai programmi.

**Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti.**

L'obiettivo di processo perseguito è l'aumento della quota della popolazione afferente ai programmi di organizzati.

Il raggiungimento dell'obiettivo viene monitorato attraverso tre indicatori:

1. Presentazione piani operativi ASL con le attività in programma per migliorare l'estensione dei 3 PS. L'indicatore può assumere i valori da 0/12 a 12/12.
- 2.** Estensione (percentuale di persone appartenenti alla popolazione target invitate nel periodo/totale popolazione target del periodo) L'indicatore può assumere i valori da 0% a 100%. Gli standard nazionali sono del 95%.
- 3.** Adesione (persone appartenenti alla popolazione target che hanno effettuato il test/ totale persone invitate). L'indicatore può assumere i valori da 0% a 100%.



### **Intervento 3.1.1.B**

#### **Promozione dei soggetti fragili nei percorsi di screening**

Razionale: I programmi di screening si rivolgono a soggetti residenti coinvolgendoli attraverso una lettera di invito personalizzata. Questa modalità non è in grado di raggiungere le fasce di popolazioni a forte disagio sociale o le persone immigrate, la cui presenza sul territorio è in continuo aumento, che quindi risultano escluse dall'opportunità di essere inserite in un percorso organizzato. Dai risultati di un progetto che ha visto coinvolte alcune ASL del Lazio è emerso che è indispensabile creare un collegamento diretto tra i centri di aggregazione ai quali afferiscono questi gruppi di popolazione e i coordinamenti dei programmi di screening. Fondamentale è l'ausilio di mediatori culturali per facilitare le relazioni tra soggetti di comunità e operatori dei servizi sanitari.

**Beneficiari:** popolazioni immigrate o a forte disagio sociale

#### **Azioni:**

- attuare un censimento dei centri territoriali di afferenza per i soggetti immigrati o a disagio sociale (ambulatori STP/ENI, centri antiviolenza, Dipartimenti di Salute Mentale);
- organizzare sessioni informative presso i centri di aggregazione;
- organizzare corsi di formazione per operatori dei centri
- predisposizione e divulgazione di materiale informativo sui programmi di screening in lingua

#### **Obiettivi di salute**

Aumentare la partecipazione della popolazione immigrata o a forte disagio ai programmi di screening organizzati attraverso la definizione di percorsi di collegamento tra servizi e realizzando interventi di promozione degli screening oncologici.

Il raggiungimento di questo obiettivo viene monitorato attraverso due indicatori:

1. Censimento centri di maggiore aggregazione. L'indicatore valuta l'effettuazione nei tempi prestabiliti del censimento dei centri territoriali di afferenza per i soggetti immigrati o a disagio sociale. L'indicatore può assumere i valori da 0/12 a 12/12.
2. Numero di persone coinvolte. L'indicatore misura il numero di immigrati o persone con forte disagio che sono state reclutate tramite le azioni mirate sopra esposte che hanno effettuato il test di screening. L'indicatore può assumere valori da 0 a infinito.

### **Intervento 3.1.1.C**

#### **Implementazione, miglioramento e aggiornamento del sistema informativo regionale per gli screening oncologici (SIPSOweb)**

Razionale:

Il sistema informativo rappresenta uno strumento di cruciale importanza per la gestione, il monitoraggio e la valutazione di un programma di screening. Per superare le criticità dovute ad una difformità dei vari sistemi informatici in uso presso i singoli programmi, Laziosanità-ASP ha sviluppato uno strumento web da fornire a tutte le ASL del Lazio, con anagrafe centralizzata e una base dati unica per tutte le ASL. 10 ASL su 12 hanno richiesto il sistema e sono state ratificate 7 convenzioni per il passaggio dei dati.

Attualmente il sistema è in uso presso 4 ASL (Rieti, Roma F, Roma B, Latina) per i percorsi mammografico e/o citologico, mentre altre 4 ASL (Roma A, Roma D, Roma G, Roma H) lo stanno utilizzando per il percorso coloretale.

**Beneficiari:** programmi di screening delle ASL.

#### **Azioni:**

per il passaggio al nuovo sistema informativo di ogni singola ASL è necessario effettuare le seguenti attività propedeutiche:

- acquisizione e standardizzazione dei documenti in uso presso le ASL riguardo il percorso (lettere invito, sollecito, risposte di esito, raccomandate per i non responders all'approfondimento diagnostico)
- acquisizione di profili e dei ruoli per ciascun operatore di screening per generare autorizzazioni e permessi di accesso al sistema rispetto alle singole professionalità;
- verifica del trasferimento dei dati della ASL dal vecchio al nuovo sistema ed impatto dei dati importati sul database unico del nuovo sistema;
- formazione pratica degli operatori di tutte le fasi (coordinamento e numero verde, accettazione e front office, approfondimento diagnostico e trattamento);

dopo la fase di avvio al nuovo sistema l'ASP garantisce un supporto tecnico agli operatori e ne cura la formazione.

#### **Obiettivi di salute**

Garantire la corretta gestione di tutta la popolazione in screening dall'invito al trattamento.

Al contempo, il sistema informativo consente di migliorare, in termini di completezza delle informazioni e di tempestività dei dati, il monitoraggio dell'iter di screening di ciascun soggetto coinvolto attraverso un sistema di indicatori di processo, standardizzato a livello nazionale. Questo è uno strumento fondamentale per il miglioramento continuo della qualità

e per indirizzare correttamente gli audit clinici.

Il raggiungimento di questo obiettivo viene monitorato attraverso due indicatori:

1. Numero di ASL che hanno implementato il nuovo sistema informativo.  
L'indicatore misura quante ASL hanno avviato l'uso del nuovo SI con successo. L'indicatore può assumere i valori da 0/12 a 12/12.
2. Livello di completezza schede Osservatorio Nazionale Screening (ONS).  
L'indicatore misura l'accuratezza con cui il programma di screening è in grado di sintetizzare i propri dati. L'indicatore è calcolato sulla base delle variabili che la ASL è riuscita a inserire nelle schede delle survey condotte dall'ONS annualmente. L'indicatore può assumere i valori da 0% a 100%.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
<b>Presentazione piani operativi AASSLL</b>	Relazione ASP	0/12	12/12		12/12	
<b>Estensione inviti</b>	Sistema Informativo Screening	73% mammo 65,0% cito 14% colonretto	>80% (M ,C) >30 % (CCR)		>95% (M, C) >50% (CCR)	
<b>Adesione al test di screening</b> <i>*su ASL fuori RM</i>	Sistema Informativo Screening	41.6% mammo 26.7% cito 42.5% CCR*	>45% (M ) >30 % (C) >40% (CCR)		>50% (M ) >35 % (C ) >45%( CCR)	
<b>Censimento centri aggregazione</b>	Relazione ASL	-	6/12		12/12	
<b>Numero di persone coinvolte</b>	Relazione ASL	0	>100		>250	
<b>N° ASL con il nuovo SI</b>	Relazione ASP	4/10 per	8/10		10/10	
<b>Livello di completezza schede ONS</b>	Sistema informativo Regionale	-	70%		90%	

Titolo del programma:

**Innovazione tecnologica PS su mammella, cervice uterina e colon-retto**

Identificativo della Linea di intervento generale:

**3.1 Prevenzione della popolazione a rischio . Tumori e screening**

N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

**3.1.2.**

Breve descrizione del programma

*Razionale*

I programmi di screening sono interventi di prevenzione basati sulle evidenze. L'innovazione tecnologica nel campo della diagnostica e della prevenzione primaria obbligano ad adeguare periodicamente i programmi di screening per mantenerne la massima efficacia. L'introduzione delle nuove tecnologie, anche quando sostenute da prove di efficacia, deve essere accompagnata da una valutazione di impatto economico e organizzativo e da prove di fattibilità.

In questa scheda si descrivono i diversi interventi programmati di introduzione di nuove tecnologie negli screening oncologici.

**Sottoprogetto 3.1.2.A: Avvio sperimentazioni nelle ASL dell'uso del test HPV\_DNA come test primario e integrazione con i programmi vaccinali anti HPV.**

L'identificazione del virus papilloma virus umano (HPV) come causa necessaria del cervico-carcinoma ha portato allo sviluppo di due nuovi presidi di prevenzione: il test HPV e il vaccino.

Il vaccino copre i due tipi vaccinali responsabili di oltre il 70% dei cancri invasivi. La prevalenza e la storia naturale del cancro della cervice uterina cambierà nelle donne vaccinate, le modalità e l'algoritmo di screening, dovranno cambiare di conseguenza. Per poter, prima misurare l'impatto della vaccinazione sui programmi di screening, poi garantire una gestione differenziata delle donne vaccinate e non vaccinate, è necessario tracciare le vaccinazioni effettuate.

Evidenze da grandi trial randomizzati con lungo follow up hanno dimostrato che il test HPV offre una maggiore anticipazione diagnostica e una maggiore protezione per il cancro della cervice uterina, con poca o nessuna sovra-diagnosi, rispetto allo screening citologico per le donne con più di 30-35 anni. Le modalità per trasferire queste evidenze di efficacia in programmi di screening routinari devono ancora essere chiarite. Dunque programmi di screening con HPV come test primario devono essere implementati nell'ambito di progetti pilota monitorati e che possano produrre queste informazioni.

*Azioni*

- Messa a regime del sistema informativo integrato vaccinazione anti-HPV e screening.
- Uso del test HPV come test primario di screening: continuazione del progetto pilota nella ASL Roma G.

- Definizione del protocollo operativo dei programmi di screening che utilizzino il test HPV come test primario.
- Modifiche al sistema informativo regionale per permettere l'acquisizione dei dati.
- Definizione del protocollo e avvio del progetto pilota nella ASL di Latina.
- Definizione dei requisiti dei test HPV per l'uso nello screening di primo livello ad uso della formulazione di gare d'appalto per la fornitura ai progetti pilota.
- Formulazione piano di sviluppo per il passaggio al test HPV in altri programmi con difficoltà a mantenere i ritmi di lettura necessari.

### **Sottoprogetto 3.1.2.B: Programmi di sorveglianza per i casi di storia neoplastica**

Il carcinoma mammario e quello del colon-retto sono patologie per le quali si sono raggiunti successi terapeutici rilevanti che hanno innalzato la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi a circa l'80% per il ca mammario e 60% per il ca del colon-retto sopravvivono oltre. Per molti anni queste persone sono ancora a rischio di recidiva della patologia e devono dunque seguire un follow up di accertamenti, mammografici ed endoscopici.

Non sempre i centri che hanno trattato il paziente sono in grado di assicurarsi che il paziente esegua gli esami di follow up e in alcuni casi il percorso diagnostico terapeutico è stato così frammentato che nessuna delle strutture che ha erogato le cure ha mai preso in cura il paziente e si è fatta carico della gestione del follow up. Per queste due patologie i protocolli di follow up sono basati su esami facilmente tracciabili dai sistemi informativi ed è dunque possibile identificare i pazienti a rischio di non avere un follow up adeguato e, allo stesso tempo, identificare chi non è eleggibile per l'esame di screening in quanto già operato e in follow up.

#### *Azioni*

- Cancro del colonretto: individuazione dei casi con necessità di follow up, definizione degli algoritmi di follow up, implementazione della sorveglianza con definizione del flusso informativo ASP-ASL.
- Cancro della mammella: individuazione dei casi con necessità di follow up, implementazione della sorveglianza con definizione del flusso informativo ASP-ASL

### **3.1.2.C definizione di percorsi articolati per rischio individuale**

Il cancro al seno è il primo per mortalità fra le donne. Si stima che meno del 5% del totale dei casi di tumore mammario sia imputabile alle mutazioni di geni noti ad alta penetranza, in particolare BRCA1 e 2.

Sono state sviluppate recentemente linee guida per la gestione delle donne ad alto rischio di sviluppare un cancro della mammella dal NICE (National Institute for Clinical Excellence) inglese e dalla regione Piemonte. Le raccomandazioni sviluppate in questi documenti, se condivise e adottate in modo coerente con il contesto organizzativo, possono contribuire ad affrontare la prevenzione secondaria nelle donne ad alto rischio per familiarità con un approccio evidence-based.

#### *Azioni*

- Definizione dei criteri anamnestici del rischio familiare nei programmi di screening.
- Criteri di invio ai centri di consulenza genetica e per la gestione delle donne ad alto rischio.

- Avvio del progetto pilota per il protocollo di gestione ad alto rischio nella ASL di Viterbo.

### **3.1.2.D. Valutazione della fattibilità dell'estensione dello screening della mammella alle donne età 40-49 e 70-74 anni**

L'attuale intervallo di età in cui è raccomandato lo screening mammografico, 50-69 anni, è stato disegnato sulla base delle indicazioni dei trial randomizzati e include le donne per le quali la riduzione di mortalità osservata è maggiore e lo screening più efficiente. Infatti in pre-menopausa lo screening mammografico è meno efficace nel ridurre la mortalità (riduzione del 10-15% rispetto al 25% osservato nelle 50-69) a causa della minore sensibilità della mammografia e per il minore tempo di latenza delle lesioni. Inoltre in pre-menopausa lo screening è anche meno efficiente in quanto l'incidenza della patologia è molto minore e la specificità della mammografia più bassa, dunque servono molti più esami di primo e secondo livello per trovare una lesione. Lo screening nelle 45-49enni è dunque un intervento di prevenzione efficace, ma con un rapporto costi benefici decisamente meno favorevole rispetto a quello nelle 50-69enni.

Nelle donne di più di 70 anni, la sovra-diagnosi, ovvero l'identificazione di lesioni che non sarebbero mai state diagnosticate per via clinica, aumenta drasticamente a causa dell'aumento della mortalità competitiva. L'aumento dell'aspettativa di vita verificatosi nelle donne negli ultimi venti anni può giustificare l'estensione dello screening fino a 74 anni.

Da quanto detto è evidente che l'ampliamento dello screening alle fasce di età 45-49 e 70-74 ha senso solo se il servizio sanitario è in grado di garantire la piena implementazione dello stesso nelle 50-69enni.

#### *Azioni*

- Analisi di fattibilità:
  - Verifica delle coperture raggiunte dai programmi.
  - Analisi dell'impatto dell'estensione in vari scenari sul carico di lavoro del primo e del secondo livello.
  - Calcolo dell'impatto sull'aumento del carico di lavoro su personale e risorse tecnologiche nei vari programmi.
- Identificazione di strategie di indirizzo delle mammografie spontanee nelle donne 45-49enni e 70-74enni all'interno dei programmi di screening.

### **3.1.2.E. Implementazione dell'uso dei mammografi digitali**

La mammografia digitale ha dimostrato in diversi studi una performance diagnostica non inferiore alla mammografia analogica. Alcuni studi hanno evidenziato una maggiore sensibilità della mammografia digitale rispetto alla mammografia analogica in seni densi. La digitalizzazione dei mammografi di screening ha molti vantaggi organizzativi (archivi elettronici, delocalizzazione delle letture, possibilità di consultare on line i precedenti mammogrammi) e in alcuni casi può portare ad una riduzione dei costi sul medio periodo, grazie alla riduzione delle spese per le lastre radiografiche, per i materiali di sviluppo e soprattutto per la riduzione dei tempi di lavoro necessari al caricamento e allo sviluppo delle lastre. Questi risparmi possono compensare il maggior costo delle apparecchiature. Ciò non si verifica in ogni contesto e dipende dalla vetustà delle apparecchiature da sostituire, dal modello organizzativo in uso e dalla disponibilità e flessibilità della mano d'opera utilizzata in

queste operazioni.

Inoltre molti dei vantaggi organizzativi della digitalizzazione si realizzano solo se il processo viene correttamente governato a livello aziendale, o meglio di macroarea, con un'efficiente archiviazione e messa in rete delle immagini, dei referti, delle anagrafiche e dei dati di screening.

#### *Azioni*

- Definizione del piano di digitalizzazione regionale.
- Progressivo passaggio al digitale per le ASL che hanno già iniziato il processo di rinnovo dei mammografi.
- Valutazione di ulteriori ASL per le quali il passaggio al digitale può realizzare vantaggi.

#### **Beneficiari**

*Sottoprogetto 3.1.2.A:* Donne di età compresa fra i 25 e i 64 anni

*Sottoprogetto 3.1.2.B:* Donne operate per ca mammario negli ultimi 5 anni (circa 4500 anno); Pazienti operati per ca del colon-retto negli ultimi 5 anni (circa 5200 anno).

*Sottoprogetto 3.1.2.C:* Donne con rischio genetico (1.5% della popolazione) o con rischio aumentato per familiarità (<5% della Popolazione).

*Sottoprogetto 3.1.2.D:* Donne di età compresa fra i 45 e i 49 anni e donne fra i 70 e i 74 anni.

*Sottoprogetto 3.1.2.E:* Donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni.

#### **Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti**

I programmi di screening hanno come obiettivi di salute la riduzione della mortalità per cancro della mammella, cervice uterina e colon retto. Nel caso della cervice uterina i programmi di screening producono anche una drastica riduzione dell'incidenza. Questi obiettivi di salute sono misurabili solo sul lungo periodo e, almeno per mammella e cervice, sono già stati raggiunti negli anni passati e ora devono principalmente essere mantenuti. Si devono così monitorare indicatori di processo che misurino il grado di implementazione del programma e di raggiungimento degli obiettivi specifici.

#### **Sottoprogetto 3.1.2.A**

##### *Obiettivi:*

Mettere a regime il sistema informativo integrato vaccinazione anti-HPV e popolazione target dello screening.

Proseguire il programma con HPV come test primario nella ASL RomaG.

Attivare il programma di screening con HPV a Latina.

##### *Indicatori:*

- 1) Numero di ASL per le quali è stato possibile effettuare il Linkage degli archivi delle vaccinazione con la popolazione target dello screening. L'indicatore può assumere valori da 0/12 a 12/12.
- 2) Estensione degli inviti dei progetti pilota con HPV DNA. Denominatore popolazione target del periodo, numeratore popolazione invitata nel periodo. L'indicatore può assumere valori da 0% a 100%.



### **Sottoprogetto 3.1.2.B**

#### *Obiettivo:*

Identificare i pazienti trattati negli ultimi 5 anni per ca mammario e del colon-retto, fra questi identificare quali sono a rischio di non avere eseguito esami di follow up.

#### *Indicatori:*

- 1) Numero di ASL a cui sono stati consegnati gli archivi. L'indicatore può assumere valori da 0/12 a 12/12.
- 2) Numero di ASL che hanno applicato i Protocolli di recupero del follow up. L'indicatore può assumere valori da 0/12 a 12/12.

### **Sottoprogetto 3.1.2.C**

#### *Obiettivo:*

Definire un percorso di gestione delle donne con rischio eredo-familiare per ca mammario e valutarne la fattibilità nella ASL di Viterbo.

#### *Indicatori:*

- 1) Produzione documento criteri anamnestici di familiarità. L'indicatore misura la produzione nei tempi prestabiliti di un documento che indichi quali sono i criteri anamnestici per la definizione di rischio aumentato per familiarità che possono essere adottati nei programmi di screening. L'indicatore può assumere i valori si o no.
- 2) Appropriatezza dei criteri di invio al counselling genetico. L'indicatore è espresso in termini di percentuale di donne inviate a counselling a cui viene raccomandato il test come esito del colloquio. L'indicatore può assumere ragionevolmente valori dal 5% al 35%, lo standard accettabile secondo linee guida è del 15-20%
- 3) Appropriatezza dell'indicazione al test: l'indicatore misura la percentuale di test positivi fra le donne che hanno avuto indicazione ad effettuare il test genetico come esito del counselling. L'indicatore può ragionevolmente assumere valori dal 5% al 30% e uno standard accettabile secondo linee guida è del 15% di test positivi.

### **Sottoprogetto 3.1.2.D**

#### *Obiettivo*

Valutare la fattibilità dell'estensione dello screening mammografico alle donne 45-49enni e 70-74 in ogni singola ASL.

#### *Indicatore:*

Documento fattibilità estensione fasce mammografico: l'indicatore misura la produzione nei tempi prestabiliti del documento sulla fattibilità dell'estensione dello screening mammografico. L'indicatore può assumere i valori si o no.

### **Sottoprogetto 3.1.2.E**

#### *Obiettivo*

Governare il passaggio alla mammografia digitale e l'introduzione dei sistemi di archiviazione delle immagini digitali nei programmi di screening

#### *Indicatori:*

- 1) Produzione piano digitalizzazione dei programmi di screening: L'indicatore misura

la produzione nei tempi prestabiliti di un documento che individui quali programmi necessitano prioritariamente di un passaggio alla mammografia digitale e che ne pianifichi l'implementazione. L'indicatore può assumere valori si o no.

- 2) Digitalizzazione AASSLL: l'indicatore misura il numero delle ASL che ha implementato la mammografia digitale per il programma di screening. L'indicatore può assumere i valori da 0/12 a 12/12.

<b>INDICATORI</b>	<b>FONTE DI VERIFICA</b>	<b>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010</b>	<b>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011</b>		<b>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012</b>	
			<b>ATTESO</b>	<b>OSSERVATO</b>	<b>ATTESO</b>	<b>OSSERVATO</b>
Archivi vaccinazioni HPV e screening linkati	Sistema Informativo integrato vaccinazione HPV-screening	0/12	6/12		10/12	
Estensione progetti pilota HPV test	Sistema Informativo screening	30%	60%		80%	
Archivi casi ce mammario e colon retto consegnati alle ASL	Relazione ASP	0/12	5/12		10/12	
ASL che hanno applicato i protocolli per recupero follow up	Relazioni ASL	0/12	0/12		10/12	
Criteri anamnestici di familiarità nello screening	Relazione ASP	no	si		si	
Appropriatezza counselling genetico	Sistema Informativo ad hoc	0	20%		20%	
Appropriatezza indicazione al test BRCA1/2	Sistema Informativo ad hoc	0	15%		15%	
Documento fattibilità estensione fasce d'età mammografico	Relazione ASP	no	no		si	
Piano digitalizzazione ASL	Relazione ASP	no	no		si	
Digitalizzazione AASSLL	Relazioni AASSLL	1/12	3/12		5/12	

O

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto:

**Promozione degli strumenti per la valutazione e riduzione del rischio cardiovascolare individuale**

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i:

**3.2 Malattie cardiovascolari**

N° identificativo del progetto all'interno del Piano Operativo regionale:

**3.2.1**

Breve descrizione dell'intervento programmato:

## 1. Analisi del contesto

In Italia le malattie del sistema circolatorio sono la causa di morte più frequente, con circa il 42% dei decessi ad esse attribuiti, e fra queste le malattie cardiovascolari (malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari) da sole causano circa il 25% della mortalità generale<sup>6</sup>. Nella regione Lazio nel 2009 le malattie cardiovascolari hanno determinato 45.561 dimissioni ospedaliere di residenti<sup>7</sup> ed il loro l'impatto, in termini di decessi, ospedalizzazioni e prescrizioni farmaceutiche, è al di sopra della media nazionale. Le Tabelle 1 e 2<sup>1</sup> riportano i dati comparativi relativi ad ospedalizzazioni e decessi.

**Tabella 1. Tassi standardizzati di dimissione ospedaliere (per 100.000) per malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari, per sesso, Lazio e Italia. Anno 2006**

	Malattie ischemiche del cuore				Malattie cerebrovascolari			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	Tasso	Var. %	Tasso	Var. %	Tasso	Var. %	Tasso	Var. %
<i>Lazio</i>	1.174,90	+4,5%	422,6	+2,4%	858,70	+11,1%	631,9	+13,8%
<i>Italia</i>	1.123,90	-	412,8	-	773,10	-	555,5	-

**Tabella 2. Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) per malattie ischemiche del cuore per sesso, Lazio e Italia. Anno 2003**

	Maschi		Femmine	
	Tasso	Var. %	Tasso	Var. %
<i>Lazio</i>	21,57	+16,8%	13,69	+29,4%
<i>Italia</i>	18,46	-	10,58	-

In particolare nel 2003 la regione Lazio ha avuto il tasso standardizzato di mortalità per

<sup>6</sup> Rapporto Osservasalute 2009. Vedi il sito web:

<http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2009/8>

<sup>7</sup> Acuti in regime ordinario, esclusi i trasferimenti da altro IRC, codici ICD9CM 410-414, 430-438 in diagnosi principale

malattie ischemiche del cuore più elevato fra le regioni italiane per le donne ed il terzo in ordine di grandezza per gli uomini<sup>1</sup>. Nel 2009 nella regione Lazio la spesa lorda territoriale pro-capite per farmaci della categoria Cardiovascolare ammontava a € 87.9, seconda nella graduatoria del medesimo tipo di spesa delle regioni italiane, ed eccedeva la media nazionale del 12.1%, costituendo il 35.4% della spesa farmaceutica lorda territoriale pro-capite regionale<sup>8</sup>.

Elevata anche la diffusione nella popolazione di età 18-69 anni dei fattori di rischio, e di abitudini alimentari ad essi associati, come rilevano i dati più recenti della sorveglianza PASSI (anno 2009), riportati in Tabella 3<sup>9</sup>, con valori regionali molto simili a quelli nazionali (pool ASL).

**Tabella 3. Prevalenza di fattori di rischio ed abitudini alimentari in età 18-69 anni. PASSI 2009**

	Fumo	Obe- sità	Sovrap- peso	Consumo alcolici a rischio	Sedenta- rietà	N. porzioni frutta e verdura al giorno			
						0	1-2	3-4	≥5
<i>Lazio</i>	30%	10%	31%	16%	31%	3%	48%	40%	9%
<i>Pool ASL</i>	29%	10%	32%	18%	30%	3%	48%	39%	9%

## 2. Razionale

Le letteratura scientifica è ormai concorde riguardo i determinanti di salute su cui agire per fronteggiare l'epidemia cardiovascolare e sugli obiettivi da raggiungere in termini di riduzione dei fattori di rischio nella popolazione, come è efficacemente descritto in Palmieri et al. (2006)<sup>10</sup> del Progetto Cuore<sup>11</sup> - epidemiologia e prevenzione delle malattie ischemiche del cuore:

*“il basso rischio, livelli favorevoli di tutti i principali fattori di rischio cardiovascolare modificabili [...], si associa a bassi tassi di cardiopatia ischemica cronica. Basse prevalenze di soggetti a basso rischio nelle popolazioni contemporanee sono il prodotto di stili di vita dannosi, tutti riducibili con la prevenzione ed il controllo, includendo il fumo, modelli nocivi di alimentazione e di consumo di alcolici, abitudini sedentarie [...]. E' necessario implementare interventi nella popolazione generale che diano risalto a migliori stili di vita: no al fumo, prevenzione e controllo di obesità e sovrappeso con modelli alimentari della originaria dieta Mediterranea, migliorata per includere minori assunzioni di sale ed alcolici, e maggiore attività fisica abituale. L'obiettivo strategico prioritario è aumentare progressivamente la proporzione di popolazione a basso rischio a tutte le età, e questa è la chiave per terminare l'epidemia di cardiopatia ischemica cronica/malattie cardiovascolari.”*

Per raggiungere tale l'obiettivo è necessario impiegare entrambe le strategie di prevenzione, di popolazione ed individuale. L'azione della prima infatti permette di diffondere nella

<sup>8</sup> L'Uso dei farmaci in Italia - Rapporto Osmed 2009

<sup>9</sup> <http://www.epicentro.iss.it/passi/IndiceRapporto09.asp> e <http://www.epicentro.iss.it/passi/sorvRisultatiRegionale.asp>

<sup>10</sup> L. Palmieri et al. Europ J Cardiovasc Prev 2006; 13: 562-570.

<sup>11</sup> Gruppo di ricerca nato nel 1998 e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Vedi il sito web: <http://www.cuore.iss.it>

popolazione generale la conoscenza dei fattori di rischio legati principalmente agli stili di vita e, come è stato teorizzato<sup>12</sup> e pianificato in tempi più recenti<sup>13</sup>, a modificare il contesto socio-economico in cui vive la popolazione, per agevolarne i comportamenti salutari, mediante interventi intersettoriali, che coinvolgano cioè anche settori non sanitari della pubblica amministrazione e delle forze sociali e produttive nonché i diversi ambiti di governo dal nazionale al locale. La strategia individuale invece mira a selezionare nella popolazione dai 35 anni in su, gli individui a rischio moderato od alto di eventi cardiovascolari maggiori (infarto ed ictus), al fine di attivare le azioni in grado di ridurre i fattori modificabili, dall'educazione sanitaria e l'empowerment del soggetto all'intervento farmacologico. La strategia individuale rimane dunque in buona parte uno specifico del settore sanitario e pertanto da questo più facilmente adottabile e realizzabile con proprie decisioni e risorse.

Il Progetto Cuore ha elaborato due importanti strumenti per la prevenzione individuale: le carte del rischio cardiovascolare<sup>14</sup> ed il punteggio individuale<sup>15</sup>, entrambi mirati alla valutazione del rischio individuale cardiovascolare globale assoluto. Le carte del rischio forniscono la classe di rischio globale assoluto corrispondente ai livelli dei fattori di rischio rilevati nel soggetto mentre il punteggio individuale offre una valutazione più precisa, perché considera valori continui di alcuni fattori di rischio e se il soggetto è in terapia anti-ipertensiva.

Il Piano nazionale della Prevenzione 2005-2007 (poi prorogato fino al 2009) prevedeva fra le iniziative in ambito di prevenzione cardiovascolare la diffusione degli strumenti di valutazione del rischio cardiovascolare prodotti dal Progetto Cuore. Il successivo documento di indirizzo alle Regioni emanato dal Ministero/CCM, che definiva le linee operative da includere nei Piani regionali della prevenzione (PRP), individuava il setting della Medicina Generale quale ambito di diffusione dei suddetti strumenti. La Regione Lazio recependo gli indirizzi nazionali inseriva nel PRP 2005-2007 due specifici progetti volti, il primo alla definizione e sperimentazione di un profilo assistenziale in ambito di prevenzione cardiovascolare primaria, il secondo alla formazione dei Medici di Medicina generale (MMG) all'uso delle carte del rischio e del punteggio individuale. Nel primo progetto la quota dei MMG formati alla valutazione del rischio mediante gli strumenti del progetto Cuore fu esigua poiché per le finalità del progetto fu coinvolto un numero limitato di MMG. Il secondo progetto, realizzato negli anni 2006-07 in 5 Aziende USL su 12, formò in 4 Aziende un consistente numero di MMG (min 44%, max 68% del totale per Azienda) ed in una sola Azienda una quota minima di MMG (5%). Complessivamente la quota di MMG formati all'uso degli strumenti di valutazione del progetto Cuore in entrambi i progetti è stata pari al 21.5% del totale regionale al 31/12/2007, concentrata in 6 Aziende USL. Il Rapporto nazionale Passi 2009 riporta che la quota di popolazione in età 35-69 anni della regione Lazio, senza patologie cardiovascolari, cui è stato misurato il rischio cardiovascolare, è pari al 5.4% contro una media nazionale del 6.9%. Non è noto tuttavia se esista una relazione diretta fra la quota di MMG formati all'uso degli strumenti di valutazione del rischio cardiovascolare e la quota di popolazione valutata per il rischio cardiovascolare.

Nelle more della valutazione in termini di esito e di processo dei risultati del progetto di sperimentazione del profilo assistenziale, che ha già raggiunto i risultati attesi in termini di

<sup>12</sup> Modello della "nuova Promozione della Salute" (*Hans Saan, NIGZ, and Willy de Haes, Febbraio 2004*), vedi sito web DoRS <http://www.dors.it/el.php?codarea=00&codtipo=02>

<sup>13</sup> Il programma del governo 'Guadagnare Salute', approvato con DPCM 4 maggio 2007.

<sup>14</sup> S. Giampaoli et al. *Not Ist Super Sanità* 2005; 18(5): iii-iv.

<sup>15</sup> L. Palmieri et al. *Ann Ist Super Sanità* 2004; 40(4).

attuazione, la Regione Lazio ritiene comunque prioritario procedere in ambito di prevenzione cardiovascolare individuale ad un progetto volto a colmare il deficit formativo presso i professionisti dell'assistenza primaria e specialistica, in particolare presso i MMG, sull'uso delle carte del rischio e del punteggio individuale di rischio globale assoluto del progetto Cuore.

### **3. Fasi dell'intervento**

Nel 2011 si prevede lo sviluppo del progetto mediante:

1. costituzione del gruppo di lavoro regionale (GdLR)
2. elaborazione del pacchetto formativo per i MMG, Cardiologi ed Infermieri;
3. costituzione e formazione delle equipe formative aziendali;
4. predisposizione dei progetti formativi aziendali da realizzarsi nell'anno seguente.

Nel 2012 si prevede la realizzazione dei progetti formativi aziendali, nel 2013 si concludono le attività di valutazione del progetto secondo il Piano di valutazione più avanti descritto.

Di seguito si forniscono maggiore dettagli sulle fasi di sviluppo del progetto.

#### **3.1. Costituzione del GdLR**

Nei primi mesi del 2011 si prevede di costituire un gruppo di lavoro, coordinato dal referente regionale del progetto e costituito almeno dai seguenti rappresentanti dei portatori di interesse:

- a. referente regionale del progetto;
- b. 1 referente del progetto ed 1 referente dell'Area formazione per ciascuna Azienda USL;
- c. 1 rappresentante del Centro di Formazione Regionale per la Medicina Generale;
- d. rappresentanti delle associazioni di categoria e/o delle società scientifiche di maggior rilievo dei MMG, Cardiologi ambulatoriali, Infermieri;
- e. 1 rappresentante della Confederazione delle Associazioni regionali di Distretto (CARD);
- f. 1 rappresentante del Progetto Cuore;
- g. 1 rappresentante di almeno un'associazione di cittadini-utenti attiva nel settore sanitario.

Il GdLR concorderà metodi ed obiettivi per l'elaborazione del pacchetto formativo, per la costituzione delle equipe formative aziendali e per la loro formazione. Quindi nominerà un Comitato ristretto che si occuperà della elaborazione del pacchetto formativo e della pianificazione della formazione dell'equipe formative aziendali. Il GdLR valuterà i documenti finali prodotti dal Comitato ristretto ed entro luglio 2011 approverà le versioni definitive di tali documenti.

#### **3.2. Elaborazione del pacchetto formativo per i MMG, Cardiologi ed Infermieri**

I contenuti e le modalità didattiche del pacchetto formativo dovranno comunque seguire le

più recenti evidenze scientifiche di efficacia ed efficienza in materia disponibili. Il Comitato ristretto potrà procedere ad individuare le migliori pratiche a livello nazionale, anche mediante revisioni di letteratura, ed avvalersi delle competenze formative maturate presso Laziosanità-ASP che da alcuni anni ha adottato con successo il modello di apprendimento basato sull'esperienza<sup>16 17 18</sup>. Gli obiettivi del pacchetto formativo comunque dovranno prevedere l'acquisizione da parte dei discendenti delle seguenti competenze:

- a. saper stratificare il rischio cardiovascolare globale assoluto mediante le carte del rischio ed il punteggio individuale di rischio cardiovascolare globale assoluto del Progetto Cuore;
- b. conoscere e saper applicare i principi basilari del counseling motivazionale breve;
- c. saper promuovere l'empowerment degli assistiti.

Il pacchetto formativo dovrà comunque essere approntato entro giugno 2011 per poi essere sottoposto alla valutazione del GdLR.

### **3.3. Costituzione e formazione dell'equipe formative aziendali.**

Ciascuna equipe formativa aziendale dovrà essere composta da almeno:

- a. 1 formatore/esperto dei MMG;
- b. 1 formatore/esperto dei Cardiologi;
- c. 1 formatore/esperto degli Infermieri.

I componenti delle equipe dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

- a. possedere la formazione di base certificata per la prevenzione primaria cardiovascolare;
- b. possedere esperienza in ambito formativo;
- d. avere capacità di leadership e motivazione.

Il modulo formativo per le equipe formative aziendali dovrà essere accreditato ECM e la/e edizione/i previste dovranno essere realizzate entro ottobre 2011.

### **3.4. Predisposizione dei progetti formativi aziendali da realizzarsi nel 2012**

Entro fine 2011 le U.O. Formazione aziendale dovranno aver predisposto il progetto formativo aziendale nonché aver avviato la procedura per l'accreditamento ECM dei corsi previsti. Ciascun progetto formativo dovrà esplicitare obiettivi qualitativi e quantitativi, questi ultimi in termini di numero di MMG, Cardiologi ed Infermieri che si intende formare entro il 31/12/2012. Tali obiettivi dovranno essere stati preventivamente concordati con il referente regionale del progetto, che dovrà dare il suo nulla osta al progetto formativo aziendale prima che l'U.O. Formazione aziendale lo sottoponga alla formale approvazione da parte dell'Azienda. Il risultato atteso è che almeno 6 Aziende USL su 12 abbiano predisposto il proprio progetto formativo entro il 31/12/2011.

### **3.5. Realizzazione dei progetti formativi aziendali nel corso del 2012**

Le attività formative aziendali inizieranno nei primi mesi del 2012 e si protrarranno per l'intero anno fino al raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal progetto formativo aziendale. Il risultato atteso al 31/12/2012 è che nel corso del 2012 siano stati formati almeno il 30% dei MMG attivi alla medesima data, non già formati nel corso del precedente PRP, portando così

<sup>16</sup> De Luca A et al. MEDIC Metodologia, Didattica e Innovazione Clinica, Roma, Italia, v. 14, p. 28-35, 2006.

<sup>17</sup> Caprara A et al. In: 11th World Congress on Public Health, Rio De Janeiro 21-25 August 2006, 2006, Rio de Janeiro

<sup>18</sup> Ciaschi A et al. CARE regioni, v. 1, p. 9-10, 2007.



la quota regionale di MMG formati dal 21,5% attuale ad almeno il 51,5% a fine 2012.

#### **4. Piano di valutazione**

Per il 2011 la valutazione mirerà a misurare lo stato di attuazione del progetto per ciascuna delle fasi previste sopra descritte, usando come fonti i dati sullo stato di avanzamento del progetto, a tal fine raccolti dal referente regionale del progetto. Per il 2012 la valutazione sarà rivolta a misurare i risultati ottenuti dalle equipe formative aziendali in termini di processo (ad es. n. edizioni svolte, n. partecipanti per edizione, ecc.) basandosi sui dati delle U.O. Formazione delle Aziende USL partecipanti al progetto. Inoltre si prevede nel 2013 di misurare l'efficacia del progetto anche in termini di aumento della quota di popolazione in età 35-69 anni valutata per il rischio cardiovascolare, usando i dati del sistema di sorveglianza PASSI, se fattibile, o i risultati di una indagine ad hoc.

#### Beneficiari

1. Beneficiari intermedi: MMG, Cardiologi ambulatoriali ed Infermieri ambulatoriali destinatari dei progetti formativi aziendali.
2. Beneficiario finale: popolazione in età 35-69 anni valutata ed assistita per il rischio cardiovascolare dai MMG, i Cardiologi ambulatoriali e gli Infermieri ambulatoriali formati nell'ambito del progetto.

#### Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

1. Aumentare significativamente il numero di MMG, Cardiologi ambulatoriali ed Infermieri ambulatoriali formati alla conoscenza ed all'uso degli strumenti per la valutazione e la riduzione del rischio cardiovascolare proposti dal Progetto Cuore.
2. Migliorare in termini qualitativi e quantitativi l'offerta assistenziale primaria e specialistica per la prevenzione primaria cardiovascolare alla popolazione regionale in età 35-69 anni.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
<b>Numero di Aziende USL che hanno predisposto il progetto formativo aziendale previo nulla osta del referente regionale del progetto</b>	<b>Referente regionale del progetto</b>	<b>0</b>	<b>6</b>		<b>9</b>	
<b>Percentuale di MMG, non già formati nell'ambito del precedente PRP, che hanno partecipato ad una edizione del corso di formazione aziendale al 31 dicembre dell'anno di riferimento.</b> <b>FORMULA:</b> <b>Numeratore:</b> Numero di MMG, non già formati nell'ambito del precedente PRP, che hanno partecipato ad una edizione del corso di formazione aziendale al 31 dicembre dell'anno di riferimento; <b>Denominatore:</b> Numero di MMG attivi al 31 dicembre dell'anno di riferimento	<b>U.O. Formazione aziendale delle Aziende USL partecipanti al progetto</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>30%</b>	

O

*(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)*

<p>Titolo del Progetto:</p> <p><b>Promozione delle misure di prevenzione individuale delle complicanze</b></p>
<p>Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i:</p> <p><b>3.3 Diabete</b></p>
<p>N° identificativo del progetto all'interno del Piano Operativo regionale:</p> <p><b>3.3.1</b></p>
<p><b>Breve descrizione dell'intervento programmato</b></p> <p><b>Analisi di contesto</b></p> <p>Il drammatico aumento delle patologie croniche, e del diabete in particolare, pone l'esigenza di predisporre piani formativi adeguati all'intento di supportare i professionisti incaricati della loro gestione nella necessaria, anzi indispensabile, rimodulazione dei profili assistenziali.</p> <p>Nel Lazio, secondo i dati ISTAT e del sistema di sorveglianza PASSI, la prevalenza del diabete è intorno al 5%, il che corrisponderebbe, in base alla popolazione regionale al 1/1/2010, a circa 300.000 persone, ma tale dato è certamente sottostimato: se si considerano infatti i risultati di alcune indagini basate sull'integrazione dei sistemi informativi correnti la prevalenza raggiunge l'8% nella popolazione <math>\geq 18</math> anni (circa 378.000 persone). Il diabete è ancora oggi nel Lazio un'importante causa di ricovero ospedaliero, nonostante i vincoli imposti dalla normativa regionale al DRG 294 (diabete mellito <math>&gt;35</math> anni), considerato uno dei DRG ad alto rischio di in appropriatezza; nel 2008 ci sono stati 11.743 ricoveri per diabete, di cui circa il 50% senza menzione di complicanze, mentre più di 500 presentavano come diagnosi principale uno scompenso metabolico acuto, iper- o ipoglicemico. Tra i ricoveri per diabete complicato erano prevalenti quelli per complicazioni oculari, in particolare la retinopatia diabetica, seguiti dalle vasculopatie periferiche. Occorre comunque sottolineare l'alta probabilità che questi dati sottostimino fortemente l'impatto reale del diabete in termini di morbosità e anche di mortalità; in tal senso un'indagine di Laziosanità-ASP, riferita al 2005, evidenziava ad es. come, a fronte di circa 5600 ricoveri ordinari in cui il diabete risultava essere la causa principale di ricovero, era emersa una quota altrettanto significativa di ricoveri per patologie cardiocerebrovascolari rilevanti, in cui il diabete, essendo presente fra le diagnosi secondarie, era ragionevolmente implicato come concausa dell'evento (12.093 ricoveri). Tutti questi dati attestano come la gestione della malattia diabetica a livello regionale presenti diverse criticità e vi siano ampi margini di miglioramento,</p>

sia sul fronte del potenziamento delle cure primarie nel loro insieme, sia su quello dell'integrazione tra servizi di primo e secondo livello.

Nell'ambito del Progetto Igea, che ha caratterizzato le attività di prevenzione della patologia diabetica nel precedente Piano di Prevenzione 2005-2007, il Lazio ha istituito un gruppo di lavoro regionale, che ha predisposto una cospicua documentazione di riferimento e ha posto le basi per la sperimentazione in alcune ASL del modello di gestione integrata; inoltre il Lazio ha partecipato a due edizioni del percorso di formazione promosso dal Gruppo di lavoro del Progetto Igea dell'ISS. Tuttavia la mancata implementazione del modello assistenziale, principalmente dovuta alla precarietà dell'assetto istituzionale regionale e ai vincoli imposti dal Piano di rientro dal deficit, non ha consentito l'attivazione della formazione a cascata degli operatori impegnati nella declinazione locale degli obiettivi di salute.

### **Razionale**

Nel Lazio, i dati dello Studio Quadri mostrano una fotografia dell'assistenza al paziente diabetico decisamente lontana dagli standard di cura, soprattutto per quanto concerne il controllo dei fattori di rischio, la cui prevalenza è risultata per tutti superiore rispetto al dato nazionale, e il monitoraggio clinico della malattia (il 50% degli intervistati non aveva ricevuto, negli ultimi 6 mesi, una visita medica approfondita dell'apparato cardiovascolare e degli arti inferiori da parte del proprio medico di medicina generale o del Centro diabetologico, e il 71% non era stato sottoposto negli ultimi 12 mesi ad un esame accurato dei piedi).

Sul versante dei professionisti non sono disponibili informazioni per stimare nella nostra regione il fabbisogno formativo degli operatori sanitari sulle pratiche assistenziali idonee alla prevenzione delle complicanze del diabete, capaci, come sostengono numerose e consolidate evidenze di letteratura, di modificare sostanzialmente l'evoluzione della malattia. Studi internazionali hanno messo in evidenza che generalmente i medici di medicina generale (MMG) sono più inclini, rispetto agli specialisti, a quel comportamento che va sotto il nome di "inerzia clinica", cioè sono meno portati, ad es. all'intensificazione della terapia in pazienti con scarso controllo metabolico (Ziemer DC et al, 2005; Shah B et al, 2005). Parallelamente anche alcuni studi italiani (De Berardis et al, 2004) hanno evidenziato come i pazienti seguiti dai MMG presentino minori garanzie sul fronte della frequenza dei controlli clinici ed ematochimici rispetto a quelli seguiti dagli specialisti, anche se questa discrepanza non si è poi tradotta in sostanziali differenze nei valori degli esami clinici fra i due gruppi di pazienti. I dati relativi a queste esperienze italiane e i risultati regionali dello Studio Quadri sembrano confermare la stringente necessità di rafforzare gli interventi di promozione delle misure di prevenzione nella popolazione diabetica assistita dai MMG del Lazio. Parallelamente la costruzione di un percorso formativo su base aziendale, che coinvolga allo stesso tempo sia i MMG che gli altri professionisti sanitari operanti nella cura delle persone diabetiche, persegue l'obiettivo altrettanto importante di favorire l'integrazione fra i medici e i servizi distrettuali, in cui la componente clinica e quella organizzativa sviluppino alleanze indispensabili per l'unitarietà della presa in carico dei pazienti con malattia cronica.

### **Obiettivi dell'intervento formativo**

L'obiettivo generale del progetto rientra nell'ambito più generale del miglioramento della qualità della gestione di alcune patologie croniche, le cui ricadute in termini di

vantaggi di lunga durata per i gruppi beneficiari e per la società in generale sono ampiamente confermate da numerose evidenze scientifiche e anche da esperienze sul campo (Coleman et al, 2009; Heath et al, 2009). Risultati duraturi saranno possibili solamente attraverso l'impatto concomitante di altri progetti aventi fini comuni e coinvolgenti le medesime professionalità; sono inclusi tra questi i programmi formativi per la promozione dell'uso di strumenti per la misurazione del rischio cardiovascolare e dei relativi percorsi di sostegno nei confronti dei soggetti ad alto rischio.

Nell'ambito degli obiettivi generali l'intervento formativo proposto intende contribuire anche al passaggio dal rapporto esclusivo medico-paziente a un'assistenza integrata della malattia all'interno di un sistema di cure organizzato, e si pone come intenti la conoscenza del problema e la valutazione dei bisogni della comunità. In particolare, si rende necessario investire in una formazione che stimoli gli operatori alla condivisione delle responsabilità e al lavoro in team, elementi questi fortemente sostenuti dal Chronic Care Model, uno dei modelli di cura delle patologie croniche più accreditati anche in Italia (ad es. Progetto Sanità di Iniziativa della Regione Toscana).

Gli obiettivi specifici del progetto sono rappresentati dai seguenti:

- aumento delle responsabilità cliniche condivise fra i diversi professionisti della cura al paziente diabetico, in particolare medici e infermieri;
- aumento della disponibilità alla collaborazione fra medici di famiglia e medici di distretto, responsabili dell'organizzazione delle cure;
- aumento dell'adesione dei MMG alle indicazioni per il monitoraggio del compenso metabolico, per lo screening delle complicanze e per il controllo dei principali fattori di rischio cardiovascolare.

#### **Articolazione dell'intervento formativo**

Il progetto intende realizzare un modello formativo a sviluppo aziendale, che prevede sessioni frontali, moduli interattivi con lavori di gruppo, a cui potranno eventualmente aggiungersi ulteriori moduli interattivi basati su casi clinici. Le fasi previste per il 2011 comprendono:

5. la costituzione e formalizzazione di un Gruppo di lavoro regionale, formato dal referente regionale del progetto, 1 o 2 specialisti diabetologi, 1 esperto della formazione in medicina generale, 1 rappresentante della Confederazione delle Associazioni regionali di Distretto (CARD), 1 rappresentante delle associazioni di categoria dei MMG, 1 rappresentante della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), eventualmente 1 rappresentante delle associazioni di pazienti;
6. l'individuazione dei referenti aziendali di progetto e dei gruppi incaricati della formazione a livello locale; questi ultimi vedranno la partecipazione di rappresentanti di diverse unità operative aziendali, tra cui la Formazione, la Medicina generale (Cure primarie), anche in forma dipartimentale, e il distretto come macrostruttura di riferimento;
7. la predisposizione dei progetti formativi aziendali da realizzarsi comunque entro l'anno seguente a quello della pianificazione.

Il gruppo di lavoro regionale di progetto provvederà a definire le linee essenziali del percorso, in particolare i contenuti chiave e i criteri generali riguardanti sia i temi trattati che le modalità operative. Successivamente si procederà alla condivisione della proposta formulata con i referenti aziendali, i quali, a loro volta, saranno incaricati di predisporre la versione definitiva del percorso, in linea con le esigenze e

peculiarità del contesto locale, e di organizzare e svolgere le azioni utili al coinvolgimento partecipato degli operatori. Il Gruppo regionale provvederà infine a una supervisione dei pacchetti formativi e alla verifica del rispetto dei criteri generali definiti a priori. In linea generale i contenuti della formazione verteranno sul modello di gestione integrata del diabete nell'ambito della prospettiva più ampia di presa in carico del paziente con patologia cronica, secondo gli assunti del Chronic Care Model.

Dal momento che non esistono nella regione Lazio esperienze consolidate ed estese di formazione in tema di prevenzione delle complicanze diabetiche e screening dei soggetti ad alto rischio, il progetto si propone per il primo anno (2011) di completare la fase di definizione centrale dell'intervento formativo e di avviare e completare la predisposizione dei percorsi formativi a livello aziendale, compreso l'espletamento della procedura per l'accreditamento ECM; laddove possibile si potrà procedere in alcune ASL all'espletamento dell'intervento. Nel secondo anno (2012) si prevede la realizzazione dei progetti formativi nella maggior parte delle ASL. Il Gruppo regionale effettuerà il monitoraggio dell'avanzamento del progetto secondo il Piano di valutazione più avanti descritto.

#### **Risultati attesi**

Per il 2011 si prevede di raggiungere 2 obiettivi: 1) che almeno 6 Aziende USL su 12 abbiano predisposto il progetto formativo e che questo sia stato approvato dal Gruppo regionale; 2) che almeno 3 Aziende USL delle 6 che hanno completato la preparazione dell'intervento lo abbiano effettivamente espletato.

Per il 2012 il risultato a cui tendere è che almeno 9 ASL su 12 abbiano sia predisposto che portato a compimento il progetto formativo aziendale. Per tutte le ASL la quota di partecipazione dei destinatari dell'intervento al percorso formativo non deve essere inferiore al 30% della popolazione totale dei medici iscritti.

#### **Fattori favorenti e ostacolanti**

Fattori positivamente correlati al successo del progetto sono la presenza di un coordinamento centrale sufficientemente rappresentativo dei vari gruppi di interesse, l'esistenza di una rete dei referenti aziendali, ai quali spetta l'importante funzione di costruire alleanze professionali con i medici e gli altri operatori del territorio, e anche la disponibilità di una buona base documentativa applicata al contesto regionale come risultato dell'attività svolta dal precedente gruppo di lavoro regionale. Possibili fattori ostacolanti sono rappresentati dalla non compliance dei medici di famiglia nei confronti dell'iniziativa e dalle note resistenze al cambiamento della pratica professionale. In tal senso si cercherà di intervenire sul contesto, in particolare sull'organizzazione dei servizi locali, i cui rappresentanti saranno chiamati a partecipare al corso, e saranno stimolati a condividere possibili soluzioni ai problemi logistici emersi durante le fasi interattive del corso stesso. Un altro elemento da considerare nell'equilibrio dell'azione dei vari fattori, e che può delinarsi come rischio o come opportunità, è rappresentato dal rapporto fra medici e infermieri, sulle cui dinamiche relazionali attuali non abbiamo elementi sufficienti per

una valutazione a priori. Un importante anello di congiunzione a livello locale può essere svolto dagli specialisti diabetologi, per il loro ruolo di guida alla conoscenza specifica delle problematiche legate all'insorgenza delle complicanze d'organo nel soggetto diabetico derivante dall'esperienza maturata sul campo.

#### **Piano di valutazione del progetto e relativi indicatori**

Il Piano di valutazione ha l'obiettivo di definire gli strumenti idonei a misurare gli avanzamenti del progetto maturati in ciascuno degli anni su tutti i gruppi bersaglio. Per quanto riguarda i diretti destinatari dell'intervento, e quindi gli operatori sanitari coinvolti nel percorso formativo, il piano di valutazione sarà rivolto a misurare in termini di processo i risultati delle attività dei gruppi aziendali multidisciplinari. In questo caso le fonti saranno i dati provenienti dalle unità operative direttamente interessate e la documentazione relativa allo svolgimento dei corsi secondo la procedura ECM.

Non esistono dati sufficienti per descrivere la situazione di partenza, e per poter quindi formulare ipotesi, circa i progressi attesi a livello del secondo gruppo di beneficiari, rappresentato dalla popolazione assistita dai medici formati. Abbiamo a disposizione come unico riferimento i risultati di un Cluster-RCT, condotto nella Regione Lazio su un campione di circa 250 MMG, sottoposti a un intervento formativo per l'adozione delle raccomandazioni formulate da linee guida evidence-based sul monitoraggio intensivo del diabete tipo 2 non complicato (Perria, BMC Health Serv Res, 2004). In tale studio, i valori di baseline relativi alla frequenza delle procedure per il monitoraggio del compenso metabolico e la prevenzione delle complicanze, pur avendo risentito positivamente dell'intervento, non sono riusciti a raggiungere la significatività statistica nel gruppo di medici che avevano ricevuto l'intervento rispetto al gruppo di controllo.

Rimane comunque fattibile l'ipotesi di trarre elementi informativi riguardo l'eventuale modifica di conoscenze e attitudini nei medici che avranno partecipato al percorso di formazione mediante un'indagine ad hoc. Un'ulteriore base conoscitiva riguardo le pratiche assistenziali dirette ai soggetti diabetici nella regione potrà essere strutturata a partire dalle informazioni aggiuntive rilevate dal Sistema di Sorveglianza PASSI e anche dall'integrazione di quest'ultimo con i dati dei sistemi informativi correnti.

#### **Beneficiari**

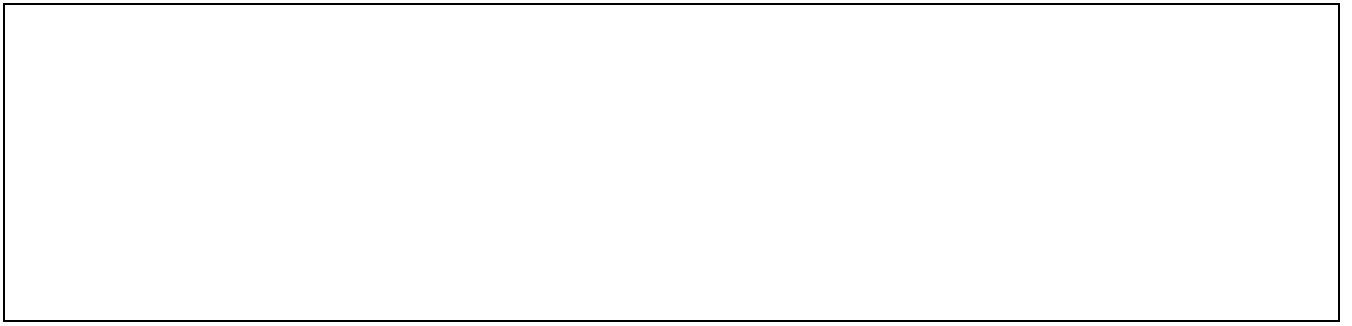
Operatori sanitari coinvolti nella cura del paziente diabetico (medici di medicina generale, infermieri, medici di distretto)

Pazienti diabetici assistiti dai medici di medicina generale formati

#### **Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti**

Obiettivo di processo 1: Aumento delle conoscenze e dell'attitudine degli operatori sanitari nei confronti dell'effettuazione dei periodici controlli di prevenzione del danno d'organo nel paziente diabetico non complicato

Obiettivo di processo 2: Facilitazione della collaborazione tra medici di famiglia e medici dell'organizzazione sanitaria a livello locale nella cura delle patologie croniche.





INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
<b>Numero di Aziende USL che hanno completato la preparazione del percorso formativo</b>	<b>Unità Operative aziendali coinvolte</b>	<b>0</b>	<b>6</b>		<b>9</b>	
<b>Numero di Aziende USL che hanno realizzato il percorso formativo</b>	<b>Unità Operative aziendali coinvolte</b>	<b>0</b>	<b>3</b>		<b>9</b>	
<b>Percentuale di MMG che hanno partecipato al corso di formazione aziendale nell'anno di riferimento sul numero di medici attivi</b>	<b>Unità Operative aziendali coinvolte</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>		<b>≥30%</b>	

Titolo del Progetto o del programma:

**Prevenzione della progressione dell'Artrite Reumatoide mediante diagnosi e terapia nelle fasi precoci di malattia.**

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

**3.5 Malattie Osteoarticolari**

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale:

**3.5.1**

Breve descrizione dell'intervento programmato.

L'Artrite Reumatoide (AR) è una malattia infiammatoria cronica autoimmune a carattere progressivo e invalidante gravata da severe conseguenze fisiche, emotive ed economiche la cui eziologia è tuttora ignota<sup>19</sup>. L'AR può esordire in ogni età, ma in oltre il 70% dei casi compare tra i 40 e i 60 anni, più frequentemente nel sesso femminile (F:M=3-4/1). Ha una prevalenza variabile dallo 0.33% al 6.8%; si stima che in Europa siano colpiti oltre 2,9 milioni di individui. In Italia la prevalenza dell'AR è circa 0.4% (un malato ogni 250 abitanti) per un numero complessivo di circa 235000 casi di malattia (MAPPING study). In un'indagine epidemiologica condotta nel comune di Chiavari, Cimmino et al hanno evidenziato una prevalenza nella popolazione generale di 0.33% (95% CI 0,13, 0,53), 0,13% (95% CI 0, 0,31) nel sesso maschile e 0.51% (95% CI 0,18, 0,84) nel femminile<sup>20</sup>. Ciocci et al, elaborando i dati ISTAT su popolazioni-campione, hanno stimato una prevalenza nella popolazione italiana pari a 0.73%<sup>21</sup>. A seconda della stima applicata, il numero di pazienti affetti da AR in Italia risulta, quindi, compreso in un'ampia forbice che va da 140.000 a 410.000. I principali esiti dell'AR a lungo termine comprendono deformità articolare, modificazioni dell'allineamento articolare, ricorso alla chirurgia sostitutiva articolare, invalidità funzionale, inabilità al lavoro e spesso morte prematura<sup>22</sup>. L'AR non è quindi solo una patologia di rilevanza sociale che grava sulla società, ma è anche associata a considerevoli costi diretti di trattamento, a costi indiretti imponenti (compresa la perdita di produttività) nonché a costi "moralì", quali dolore e affaticamento. Malgrado i costi diretti elevati, si ritiene che i costi indiretti rivestano una maggiore importanza a causa della vasta morbilità associata alla malattia<sup>23</sup>. I costi sociali sono peggiorati, inoltre, dalle frequenti co-morbidity: malattia cardiovascolare, infezioni, neoplasie, patologie gastrointestinali e osteoporosi<sup>24</sup>. Uno studio sui costi dell'AR in Italia, che ha preso in esame 200 pazienti afferenti a 10 diversi Centri, condotto dal Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria (CeRGAS – Università Bocconi) circa una decade fa ha dimostrato che il costo diretto medio per paziente per anno si attestava intorno a £ 6.917.000 (valuta 1998), mentre il costo indiretto medio di £19.750.000. Considerando la prevalenza della malattia e la distribuzione dei pazienti nelle diverse classi funzionali, che ovviamente influenza i costi, questo studio del CeRGAS concludeva che i costi indotti dalla AR in Italia erano compresi fra 4.500 e 9.700 miliardi di lire all'anno<sup>25</sup>. Un più recente studio (Censis ANMAR-SIR 2008) ha stimato un costo annuo per paziente di circa 11250 euro (costi diretti e indiretti)<sup>26</sup>.

<sup>19</sup> Markenson JA. Worldwide trends in the socioeconomic impact and long-term prognosis of rheumatoid arthritis. Semin Arthritis Rheum. 1991 Oct;21(2 Suppl 1):4-12.

<sup>20</sup> Cimmino M et al.. Prevalence of rheumatoid arthritis in Italy: the Chiavari study. Ann Rheum Dis 1998; 57:315-18

<sup>21</sup> Ciocci A et al. L'epidemiologia delle malattie reumatiche: confronto fra i dati italiani e quelli stranieri. Reumatismo 1999;51 Suppl 2:201

<sup>22</sup> Allaire SH et al. The costs of rheumatoid arthritis. Pharmacoeconomics. 1994 Dec;6(6):513-22.

<sup>23</sup> Pincus T. The underestimated long term medical and economic consequences of rheumatoid arthritis. Drugs. 1995;50 Suppl 1:1-14. Review

<sup>24</sup> Kroot EJA et al. Chronic comorbidity in patients with early rheumatoid arthritis:a descriptive study J Rheumatol 2001, 28:1511-1517

<sup>25</sup> Montanelli R et al. I costi sociali della Artrite Reumatoide. CeRGAS, Università Bocconi, Ottobre 1999

**STORIA NATURALE di MALATTIA** Nell'ultimo decennio l'approccio al paziente con AR è andato incontro ad una profonda rivoluzione. La storia naturale della malattia si compie entro i primi 2 anni dall'esordio dei sintomi, in particolare: entro tale periodo la maggior parte dei pazienti (circa 2 su 3) presenta alterazioni strutturali irreversibili delle articolazioni coinvolte<sup>27</sup> (evidenti come erosioni articolari negli studi radiografici). Il 10% smette di lavorare entro un anno dalla diagnosi mentre il 50% risulta inabile al lavoro entro 10 anni dall'insorgenza della malattia<sup>28</sup>. Solidi dati di letteratura, derivati dallo studio di migliaia di pazienti arruolati in tutto il mondo in trial clinici randomizzati e controllati, hanno dimostrato che è possibile individuare nella storia naturale di AR una finestra di opportunità, rappresentata dalla fase precoce di malattia. Diagnosticare la malattia ed intraprendere un programma terapeutico adeguato in fase precoce consente di cambiare la storia naturale di malattia, di minimizzare la progressione del danno articolare e, in ultima analisi, di prevenire la disabilità dei pazienti<sup>29,30</sup>. Sulla base di tali evidenze è stato introdotto il concetto di AR precoce (Early Rheumatoid Arthritis) definita come malattia diagnosticata entro 12 mesi dall'insorgenza dei primi sintomi<sup>12</sup>. Le attuali linee guida della Lega Europea contro le Malattie Reumatiche (EULAR), riprese dalle varie società nazionali tra cui la Società Italiana di Reumatologia (SIR), raccomandano<sup>31</sup>: 1) Inviare a specialista reumatologo ogni paziente con dolore e tumefazione di almeno 2 articolazioni ENTRO 6 settimane dall'inizio dei sintomi. 2) Sottoporre il paziente ad accertamenti clinici, laboratoristici e strumentali che, tenendo conto della diagnostica differenziale, consentano di porre diagnosi di AR precoce. 3) Iniziare subito trattamento con farmaci in grado di cambiare la storia naturale di malattia (DMARDs).

**ATTUALI STRATEGIE TERAPEUTICHE** È oggi accertato che i fattori determinanti per la prevenzione della disabilità da AR sono costituiti dalla diagnosi e dal trattamento precoci (entro le prime 6 settimane o, al massimo, entro i primi 3 mesi dall'esordio della patologia) e dal raggiungimento di una rapida e duratura risposta clinica completa (remissione) o quasi completa (ridotta attività di malattia residua) attraverso una strategia terapeutica mirata. In altri termini, la malattia va spenta fin dall'inizio utilizzando, in rapida sequenza e/o in associazione tra loro, tutti i farmaci necessari all'ottenimento del risultato che va successivamente mantenuto nel tempo. L'approccio terapeutico attuale dell'AR si basa sulla precoce introduzione di DMARDs: farmaci immunosoppressori in grado di modificare la storia naturale di malattia. Il DMARD di riferimento è il Metotrexate a 15-25 mg/settimana. Altri DMARDs utilizzati in AR sono: Idrossiclorochina, Leflunomide, Azatioprina, Salazopirina, Ciclosporina A. In particolare, una serie di evidenze emerse negli anni '90, recentemente riviste da Paul Emery<sup>32</sup>, sottolinea la necessità sia di una diagnosi precoce dell'AR, sia di un intervento rapido con DMARDs per assicurare al paziente un miglior esito e una migliore qualità di vita nel lungo termine. L'introduzione dei farmaci biologici di prima e di seconda linea ha consentito di migliorare il controllo dell'attività di malattia e la prevenzione della progressione del danno articolare, con un importante impatto sulla qualità della vita e sui parametri di funzione dei pazienti<sup>33</sup>. I farmaci biologici attualmente commercializzati sono: Anti-TNFalfa: Infliximab, Adalimumab, Etanercept, Golimumab, Certolizumab; Anti-IL6: Tocilizumab; Anti-CD20:

<sup>26</sup> Un percorso ad ostacoli. Primo rapporto sociale sull'Artrite Reumatoide. CENSIS ANMAR 2008.

<sup>27</sup> Ollier WE et al. What is the natural history of rheumatoid arthritis? Best Pract Res Clin Rheumatol. 2001 Mar;15(1):27-48.

<sup>28</sup> Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis: treat now, not later! Ann Intern Med. 1996 Apr 15;124(8):773-4

<sup>29</sup> Combe B. Progression in early rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2009 Feb;23(1)

<sup>30</sup> Anderson JJ, Wells G, Verhoeven AC, Felson DT Factors predicting response to treatment in rheumatoid arthritis. The importance of disease duration. Arthritis Rheum 2000; 43:22-9

<sup>31</sup> Combe B et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis. Ann Rheum Dis 2007;66:34-45

<sup>32</sup> Emery P, Breedveld FC, Dougados M, Kalden JR, Schiff MH, Smolen JS Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. Ann Rheum Dis 2002;61:290-297

<sup>33</sup> Singh JA et al. Biologics for rheumatoid arthritis: an overview of Cochrane reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7;(4):

Rituximab; Antagonisti della costimolazione: Abatacept; Antagonisti di IL-1: Anakinra. L'utilizzo dei farmaci biologici è attualmente basato su linee guida internazionali<sup>34</sup>. Sono state recentemente introdotte normative regionali atte a regolare la prescrizione di tali farmaci<sup>35</sup>.

**STATO ATTUALE dell'ASSISTENZA: Un Percorso a Ostacoli.** Malgrado i dati di letteratura e le società scientifiche raccomandino l'inquadramento del paziente entro i primi mesi di malattia e precoce inizio di terapia con DMARDs, il ritardo tra insorgenza dei sintomi e diagnosi è notevole. Secondo un'accurata analisi condotta da Chan et al., il ritardo della diagnosi sembra dovuto sia al tempo che il paziente lascia trascorrere fra l'esordio dei sintomi e la richiesta di valutazione presso il Medico di Medicina Generale (MMG), sia alla facilità con cui questa figura Medica antepone a un invio allo Specialista tentativi più o meno prolungati di far recedere la sintomatologia con l'impiego di farmaci anti-infiammatori non steroidei o steroidei, che possono in effetti ridurre o abolire la sintomatologia di partenza, causando in tal modo un ulteriore ritardo nel riferimento del paziente allo Specialista Reumatologo<sup>36</sup>. Lo stato attuale dell'assistenza per i malati con AR in Italia è stato ampiamente discusso in una recente indagine pubblicata sul quotidiano "Il Sole 24 Ore"<sup>37</sup>. La maggior parte dei pazienti arriva al Reumatologo solo dopo un lungo e articolato percorso costituito da MMG, Pronto Soccorso, specialisti Ortopedici e Fisiatri, liste d'attesa della durata di mesi. Frequentemente, inoltre, la diagnosi di AR viene posta con ritardo e non viene impostata un'adeguata terapia. Di conseguenza in Italia, meno del 20% dei pazienti presenta una malattia con durata inferiore ai 2 anni. Al contrario, la quasi totalità dei pazienti è affetto da malattia di lunga durata: il 21% ha durata di malattia dai 2 ai 5 anni; il 32% ha durata di malattia da 5 a 10 anni; il 29% ha durata di malattia oltre 10 anni<sup>9</sup>. Il ritardo nella diagnosi è determinato da numerosi fattori<sup>9</sup>: sintomi ignorati o sottovalutati dal medico nel 22.3% dei casi, sintomi interpretati erroneamente come artrosi nel 60% dei casi, nel 9.2% dei casi il paziente viene rimandato da uno specialista all'altro prima di arrivare alla diagnosi, infine nel 8.5% dei casi il paziente è stato fatto tornare al Centro Reumatologico ospedaliero diverse volte prima della diagnosi. In generale, il ritardo nella diagnosi consegue a: - SCARSA CONOSCENZA o SCARSA ATTENZIONE alla patologia da parte dei Medici di Medicina Generale e di Altri Specialisti. - DIFFICOLTA' LOGISTICHE per una rapida ed efficace presa in carico del paziente da parte di Centri Reumatologici (liste d'attesa, scarso personale, mezzi diagnostici insufficienti, ecc.).- DIFFERENZE NORMATIVE tra le Regioni<sup>38,21</sup>. Ad oggi soltanto le Regioni Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Puglia, Toscana e Sardegna hanno dato rilevanza alle patologie reumatiche nei Piani Sanitari Regionali vigenti. In particolare, nel corso del 2009, Puglia e Lombardia hanno attivato Percorsi Diagnostico-Terapeutici per l'Artrite Reumatoide. La Regione Toscana ha stabilito recentemente corsie preferenziali per visite specialistiche entro 30 giorni per pazienti con sospetta Artrite Reumatoide. Per quanto concerne la Regione Lazio il Piano Sanitario Regionale 2002-2004, attualmente vigente, approvato con delibera del Consiglio Regionale n 114 del 31/07/2002 non prevede disposizioni per le patologie reumatiche. In accordo con tale decreto sono 23 i centri accreditati per la prescrizione e la dispensazione di farmaci biologici (Centri ANTARES). Tuttavia tali centri non sono integrati in una rete assistenziale coordinata e non sono collegati né tra loro, né con i MMG, né con gli specialisti presenti sul territorio.

**EFFICACIA DI UN NUOVO MODELLO ASSISTENZIALE** Numerosi organismi internazionali e nazionali hanno incrementato il livello di attenzione alle patologie reumatiche e all'AR. Nel maggio 2008 il Parlamento Europeo ha sottoscritto una dichiarazione sulle malattie reumatiche, sottolineando che tali patologie croniche, dolorose ed invalidanti, rappresentano la principale causa di invalidità e pensionamento anticipato dei lavoratori; tali patologie colpiscono oltre 100 milioni di abitanti in

<sup>34</sup> Smolen JS et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. Ann Rheum Dis published online May 5, 2010

<sup>35</sup> Decreto Regione Lazio U0073 Novembre 2009

<sup>36</sup> Chan KA, Felson DT, Yood RA, Walker AM. The lag time between onset of symptoms and diagnosis of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1994;37:814-20

<sup>37</sup> Sole 24 Ore, Quaderni Sanitari: Artrite Reumatoide: malattia a forte impatto sociale ma con scarsa priorità nei Piani Socio Sanitari

<sup>38</sup> 2009 Artrite Reumatoide in Italia. Economia Sanitaria Editore.

Europa e il loro impatto economico è pari al 1-1.5% dei PIL nei paesi sviluppati. Tale dichiarazione trasmessa ai Parlamenti dei Paesi dell'UE invita a: - incoraggiare gli stati membri a istituire e promuovere l'attuazione di piani nazionali per lottare contro le malattie reumatiche; - sviluppare una strategia comunitaria sulla diagnosi precoce e il trattamento di tali patologie; - sviluppare l'accesso alle informazioni e alle cure mediche. In letteratura sono riportate le esperienze nella diagnosi precoce di AR in numerosi Paesi Europei. Tali esperienze si basano sull'istituzione di Early Arthritis Clinic: centri specializzati nella valutazione precoce e nella terapia di soggetti con sospetta artrite all'esordio<sup>39,40</sup>.

**PROGETTO PER LA REGIONE LAZIO** Gli outcomes a breve termine del presente progetto sono la diagnosi e terapia nelle fasi precoci dell'AR, l'obiettivo generale di salute è la prevenzione della disabilità causata da AR. Il nostro progetto si basa sui modelli Europei di Early Arthritis Clinic e sulle esperienze Italiane, segnatamente delle Regioni Puglia, Liguria e Toscana. Il Progetto che proponiamo non prevede l'introduzione di nuovi presidi assistenziali, né l'applicazione di nuove tecniche diagnostiche o di nuovi schemi terapeutici, ma si basa sull'ottimizzazione di Servizi Reumatologici già esistenti e operanti. In particolare, il Progetto propone la realizzazione di campagne di educazione dei MMG e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica in modo da garantire un precoce invio di ogni soggetto con sospetta AR presso il più vicino Centro Reumatologico indicato dal Progetto stesso. I Centri Reumatologici coinvolti saranno organizzati in modo da abbattere le liste di attesa, garantendo entro 6 settimane dall'insorgenza dei sintomi sospetti per AR, una valutazione clinica e, dove opportuno, un pacchetto di accertamenti laboratoristici e strumentali. Per i pazienti in cui verrà posta diagnosi di AR sarà immediatamente intrapreso un programma di terapie farmacologiche e non farmacologiche e verrà garantito uno stretto follow-up con visite mensili o trimestrali. L'efficacia di tali misure per garantire il raggiungimento degli obiettivi specifici e dell'obiettivo generale è ampiamente documentata in letteratura scientifica. I Centri Reumatologici individuati dal Progetto saranno alcuni dei 23 Centri accreditati dalla Regione Lazio per la dispensazione di Farmaci Biologici (Centri Antares). In particolare i Centri da includere nel Progetto saranno selezionati in base alla attiva dispensazione di Farmaci Biologici (per quanto tutti accreditati, solo alcuni dei 23 centri dispensano attivamente farmaci; tali dati si evincono dal Registro Regionale AIFA dei Farmaci Biologici), e in base alla posizione geografica (la posizione dei Centri inclusi nel progetto deve essere strategica in modo da assicurare una copertura completa del Territorio Regionale).

Riportiamo di seguito il dettaglio delle "Azioni" previste dal Progetto e le relative basi di letteratura scientifica.

**Intervento 1: Formazione.** La formazione dei MMG consisterà in corsi svolti dagli specialisti reumatologi operanti nei Centri Reumatologici di Riferimento per la diagnosi e la terapia dell'AR in collaborazione con la Regione Lazio, FIMG e Ordine dei Medici. Al termine di questi corsi di formazione il MMG avrà acquisito le competenze necessarie per riconoscere nel paziente i segnali d'allarme che suggeriscono la necessità di un rapido invio al Centro Reumatologico indicato secondo il modello delle Red Flags (segni d'allarme facilmente identificabili, decritti dall'EULAR e dalla SIR e ripresi nei progetti delle Regioni Puglia e Toscana per i rispettivi Piani Regionali). Evidenze di Efficacia: Gormley GJ et al. Rheumatology 2003<sup>41</sup>

**Intervento 2: Assegnazione di ambulatori dedicati alla diagnosi e cura delle artriti di recente insorgenza.** Nell'ambito dei servizi Reumatologici già esistenti in alcuni dei 23 Centri Accreditati dalla Regione Lazio per la dispensazione dei Farmaci Biologici (Centri Antares), assegnazione di spazi ambulatoriali all'AR di recente insorgenza. Sulla base dell'esperienza di altre Regioni (Lombardia con Pavia, Toscana con Pisa e Siena) l'attività di tali ambulatori dovrà svolgersi in: 6 ore al giorno per 2 giorni a settimana (considerando la valutazione di un paziente ogni 30 minuti). In tali

<sup>39</sup> van der Linden MP et al. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. Arthritis Rheum. 2010 Dec;62(12):3537-46. doi: 10.1002/art.27692.

<sup>40</sup> van Nies JA et al. Improved treatment strategies reduce the increased mortality risk in early RA patients. Rheumatology (Oxford). 2010 Nov;49(11):2210-6. Epub 2010 Aug 9.

<sup>41</sup> Gormley GJ et al. Can diagnostic triage by general practitioners or rheumatology nurses improve the positive predictive value of referrals to early arthritis clinics? Rheumatology (Oxford). 2003 Jun;42(6):763-8. Epub 2003 Mar 31

ambulatori è prevista la valutazione clinica del paziente da parte dello specialista reumatologo comprensiva della valutazione dei seguenti indici: numero articolazioni dolenti e tumefatte, HAQ, VAS GH, DAS28, DAS44, CDAI e SDAI. Evidenze di Efficacia: van Aken J et al. Clin Exp Rheumatol. 2003<sup>42</sup>; Cush JJ et al. Clin Exp Rheumatol. 2003<sup>43</sup>; Klareskog L, et al. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2001<sup>44</sup>.

**Intervento 3: Istituzione Call Center.** Istituzione di un servizio telefonico (contact center) con lo scopo di rendere semplici ed efficaci le comunicazioni tra MMG e specialista reumatologo. Questa linea dedicata è finalizzata anche all'abbattimento delle liste di attesa per quei pazienti individuati dal MMG come soggetti a rischio ed inviati all'Early Arthritis Clinic secondo il principio dell'appropriatezza prescrittiva della visita specialistica Evidenze di Efficacia: Scrivo R et al Reumatismo 2008<sup>45</sup>

**Intervento 4: Coinvolgimento associazioni pazienti** Collegamento con associazioni dei pazienti presenti sul territorio ai fini della promozione dell'utilizzo degli ambulatori dedicati. Possibilità di pubblicizzare tali strutture con campagne informative (es: poster dedicati esposti in farmacia o negli ambulatori dei MMG). **Intervento 5: Campagne di informazione.** Campagne di Informazione della popolazione sulla malattia, le possibilità di cura e l'importanza della diagnosi precoce, definendo in maniera efficace i sintomi di allerta in presenza dei quali recarsi dal MMG. Cooperazione con ASL, Case Farmaceutiche, Società Scientifiche, Assessorati Comunali, per campagne di volantinaggio nelle farmacie, negli ospedali, negli ambulatori dei MMG, nelle ASL; organizzazione di conferenze sul tema nelle ASL o nelle sedi comunali o presso le sedi dei Centri Antares.

**Intervento 6: Creazione cartella clinica dedicata. Pacchetti predefiniti di accertamenti per diagnosi differenziale.** Creazione di un modello unico di cartella clinica dedicata che comprenda valutazione clinica, clini metrica, esami di laboratorio ed esami strumentali, terapia in atto e prescrizioni. Condivisione di tale modello con tutti i Centri Antares. Creazione in collaborazione, con i servizi esistenti in ogni Centro Antares di Laboratorio Analisi Cliniche e Radiologia, di pacchetti predefiniti di esami laboratoristici ed esami strumentali fondamentali per la classificazione della malattia e per la diagnosi differenziale. In particolare, la diagnosi di una sospetta AR in fase precoce prevede l'esecuzione di esami di laboratorio (esami bioumorali di routine comprensivi di VES, PCR, FR, anti-CCP, ANA, virologia per HBV, HCV, EBV, CMB, parvovirus B19). Infine dovranno essere eseguiti esami strumentali: ecografia articolare e Rx mani e polsi- piedi e caviglie presso la stessa struttura I referti di tali esami dovranno essere disponibili entro 7 giorni dalla prima visita. Evidenze di Efficacia: Pincus T et al. Rheum Dis Clin North Am. 2009<sup>46</sup>

**Intervento 7: Protocolli terapeutici basati sulle evidenze.** Come precedentemente descritto, nei pazienti in cui viene posta diagnosi di AR viene intrapresa terapia farmacologia nel rispetto delle linee guida nazionali ed internazionali. Evidenze di Efficacia: cfr bibliografia Analisi di Contesto

**Intervento 8: Stretto follow-up dell'efficacia della terapia.** Rivalutazione trimestrale del paziente per il primo anno e almeno semestrale nei successivi per controllo attività di malattia ed efficacia della terapia secondo i criteri internazionali. Durante il 1 anno è richiesta una valutazione ecografia semestrale. L'esame radiologico va ripetuto annualmente per i primi tre anni. Sarà a carico della struttura la registrazione di eventuali eventi avversi durante il trattamento. Evidenze di Efficacia: Scott DL et al. Nat Rev Rheumatol. 2010<sup>47</sup>

**Intervento 9: Approccio multispecialistico con Fisiocinesiterapia (FKT), valutazione e cura comorbilità.** La struttura deve essere in grado di valutare il paziente con artrite in modo omnicomprendivo in relazione a co-morbilità e/o complicanze con l'ausilio di specialisti di altre

<sup>42</sup> van Aken J et al. The Leiden Early Arthritis Clinic. Clin Exp Rheumatol. 2003 Sep-Oct;21(5 Suppl 31):S100-5.

<sup>43</sup> Cush JJ et al. Early arthritis clinic: a USA perspective. Clin Exp Rheumatol. 2003 Sep-Oct;21(5 Suppl 31):S75-8.

<sup>44</sup> Klareskog L et al. On the organization of an early arthritis clinic. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2001;15(1):1-15.

<sup>45</sup> Scrivo R et al Reumatismo 2008; vol 60 (numero spec 1) pg329

<sup>46</sup> Pincus T et al. An electronic database for an electronic medical record. Rheum Dis Clin North Am. 2009 Nov;35(4):829-42, x-xi.

<sup>47</sup> Scott DL et al. Clinical trials: Tight control in early RA pays off in the long run. Nat Rev Rheumatol. 2010 Nov;6(11):623-4.

discipline. Un approccio complessivo deve comprendere anche l'intervento del fisiatra/fisioterapista che istituisca trattamento fisico idoneo a prevenire la disabilità. Evidenze di Efficacia: Vliet Vlieland TP. Rheumatology 2007<sup>48</sup>

#### Beneficiari

- Soggetti, con età maggiore di 18 anni, con dolore e tumefazione articolare di almeno 2 articolazioni, di recente insorgenza (meno di 6 mesi), residenti nella Regione Lazio.
- Medici di Medicina Generale operanti nella Regione Lazio.

#### Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

**OBIETTIVO GENERALE di SALUTE: Prevenzione della progressione di malattia e della conseguente disabilità nei pazienti affetti da Artrite Reumatoide.**

**OBIETTIVO SPECIFICO 1: Riconoscimento precoce di Artrite Reumatoide.**

Il raggiungimento di tale obiettivo è fondamentale per la prevenzione della progressione della malattia, come dimostrato dai dati di letteratura. Per perseguire l'obiettivo, il nostro Progetto prevede:

Azione 1: Formazione dei Medici di Medicina generale

Azione 2: Campagne di Formazione della popolazione generale

Azione 3: Coinvolgimento delle Associazioni dei pazienti.

Azione 4: Assegnazione di ambulatori reumatologici esistenti alla diagnosi e cura delle artriti di recente insorgenza

Azione 5: Istituzione di Call Center e misure per l'abbattimento delle liste d'attesa.

**OBIETTIVO SPECIFICO 2: Promozione di un approccio terapeutico in grado di cambiare la storia naturale di malattia che comprenda una valutazione integrata del paziente.**

Come evidente dalla letteratura scientifica, inserire il paziente precocemente in un programma terapeutico è indispensabile per il raggiungimento dell'obiettivo generale. In particolare, in relazione a questo obiettivo specifico, prevediamo le seguenti misure:

Azione 6: Creazione cartella clinica dedicata. Pacchetti predefiniti di accertamenti per diagnosi differenziale.

Azione 7: Protocolli terapeutici basati sulle evidenze

Azione 8: Stretto follow-up dell'efficacia della terapia

Azione 9: Approccio multispecialistico con Fisiochinesiterapia (FKT), valutazione e cura delle comorbidità.

<sup>1</sup> Markenson JA. Worldwide trends in the socioeconomic impact and long-term prognosis of rheumatoid arthritis. Semin Arthritis Rheum. 1991 Oct;21(2 Suppl 1):4-12.

<sup>1</sup> Cimmino M et al.. Prevalence of rheumatoid arthritis in Italy: the Chiavari study. Ann Rheum Dis 1998; 57:315-18

<sup>1</sup> Ciocci A et al. L'epidemiologia delle malattie reumatiche: confronto fra i dati italiani e quelli stranieri. Reumatismo 1999;51 Suppl 2:201

<sup>1</sup> Allaire SH et al. The costs of rheumatoid arthritis. Pharmacoeconomics. 1994 Dec;6(6):513-22.

<sup>1</sup> Pincus T. The underestimated long term medical and economic consequences of rheumatoid arthritis. Drugs. 1995;50 Suppl 1:1-14. Review

<sup>1</sup> Kroot EJA et al. Chronic comorbidity in patients with early rheumatoid arthritis:a descriptive study J Rheumatol 2001, 28:1511-1517

<sup>48</sup> Vliet Vlieland TP. Non-drug care for RA--is the era of evidence-based practice approaching? Rheumatology (Oxford). 2007 Sep;46(9):1397-404.

- <sup>1</sup> Montanelli R et al. I costi sociali della Artrite Reumatoide. CeRGAS, Università Bocconi, Ottobre 1999
- <sup>1</sup> Un percorso ad ostacoli. Primo rapporto sociale sull' Artrite Reumatoide. CENSIS ANMAR 2008.
- <sup>1</sup> Ollier WE et al. What is the natural history of rheumatoid arthritis? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2001 Mar;15(1):27-48.
- <sup>1</sup> Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis: treat now, not later! *Ann Intern Med*. 1996 Apr 15;124(8):773-4
- <sup>1</sup> Combe B. Progression in early rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2009 Feb;23(1)
- <sup>1</sup> Anderson JJ, Wells G, Verhoeven AC, Felson DT Factors predicting response to treatment in rheumatoid arthritis. The importance of disease duration. *Arthritis Rheum* 2000; 43:22-9
- <sup>1</sup> Combe B et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis* 2007;66:34-45
- <sup>1</sup> Emery P, Breedveld FC, Dougados M, Kalden JR, Schiff MH, Smolen JS Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002;61:290-297
- <sup>1</sup> Singh JA et al. Biologics for rheumatoid arthritis: an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7;(4):
- <sup>1</sup> Smolen JS et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis* published online May 5, 2010
- <sup>1</sup> Decreto Regione Lazio U0073 Novembre 2009
- <sup>1</sup> Chan KA, Felson DT, Yood RA, Walker AM. The lag time between onset of symptoms and diagnosis of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994;37:814-20
- <sup>1</sup> Sole 24 Ore, Quaderni Sanitari: Artrite Reumatoide: malattia a forte impatto sociale ma con scarsa priorità nei Piani Socio Sanitari
- <sup>1</sup> 2009 Artrite Reumatoide in Italia. Economia Sanitaria Editore.
- <sup>1</sup> van der Linden MP et al. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum*. 2010 Dec;62(12):3537-46. doi: 10.1002/art.27692.
- <sup>1</sup> van Nies JA et al. Improved treatment strategies reduce the increased mortality risk in early RA patients. *Rheumatology (Oxford)*. 2010 Nov;49(11):2210-6. Epub 2010 Aug 9.
- <sup>1</sup> Gormley GJ et al. Can diagnostic triage by general practitioners or rheumatology nurses improve the positive predictive value of referrals to early arthritis clinics? *Rheumatology (Oxford)*. 2003 Jun;42(6):763-8. Epub 2003 Mar 31
- <sup>1</sup> van Aken J et al. The Leiden Early Arthritis Clinic. *Clin Exp Rheumatol*. 2003 Sep-Oct;21(5 Suppl 31):S100-5.
- <sup>1</sup> Cush JJ et al. Early arthritis clinic: a USA perspective. *Clin Exp Rheumatol*. 2003 Sep-Oct;21(5 Suppl 31):S75-8.
- <sup>1</sup> Klareskog L et al. On the organization of an early arthritis clinic. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2001;15(1):1-15.
- <sup>1</sup> Scivo R et al *Reumatismo* 2008; vol 60 (numero spec 1) pg329
- <sup>1</sup> Pincus T et al. An electronic database for an electronic medical record. *Rheum Dis Clin North Am*. 2009 Nov;35(4):829-42, x-xi.
- <sup>1</sup> Scott DL et al. Clinical trials: Tight control in early RA pays off in the long run. *Nat Rev Rheumatol*. 2010 Nov;6(11):623-4.
- <sup>1</sup> Vliet Vlieland TP. Non-drug care for RA--is the era of evidence-based practice approaching? *Rheumatology (Oxford)*. 2007 Sep;46(9):1397-404.



INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE INDICATORE AL 31/12/2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO
N° Esenzioni per AR fino al 31 dicembre 2010 / Popolazione residente nella Regione Lazio al 31 dicembre 2010	Registro Regionale Esenzioni (BASE DATI GESTITA DA LAIT)		Aumento del 10%	
N° giornate lavorative perse a causa di AR dal 1 gennaio al 31 dicembre 2010 / Popolazione residente nella Regione Lazio al 31 dicembre 2010	Registro INPS		Riduzione del 5%	
N° richieste invalidità accordate per AR dal 1 gennaio al 31 dicembre 2010 / Popolazione residente nella Regione Lazio al 31 dicembre 2010	Registro Regionale		Riduzione del 5%	
N° farmaci biologici prescritti per AR dal 1 gennaio al 31 dicembre 2010 / Popolazione residente nella Regione Lazio al 31 dicembre 2010	Registro AIFA per la Regione Lazio		Aumento del 10%	

#### NOTE AGLI INDICATORI

Gli indicatori sono ricavati dai Progetti per i Piani Sanitari Regionali delle Regioni Puglia (esenzioni per patologia) e Toscana (esenzioni per patologia, giornate lavorative perse per patologia, richieste di invalidità per patologia).

Va sottolineato, in linea con quanto hanno fatto gli autori dei suddetti Progetti, che in Italia non esistono registri epidemiologici nazionali e regionali per l'Artrite Reumatoide.

- Esenzioni per Patologia: il nostro progetto si propone di migliorare la diagnosi precoce di AR, di conseguenza prevediamo un incremento delle richieste di Esenzione per Patologia.
- Registro dei farmaci biologici: come conseguenza del Decreto Regionale U0073 del Novembre 2009 è stato istituito un Registro informatico della prescrizione dei farmaci biologici. In Italia solo l'8% dei pazienti è trattato con farmaci biologici, contro il 30% della Norvegia<sup>25</sup>. Un' aumentata capacità di diagnosi e terapia precoci, prevista dal nostro Progetto, dovrebbe portare ad un incremento della prescrizione di farmaci biologici.
- Giornate lavorative perse e richieste di invalidità: sono due utili indicatori di disabilità. Obiettivo generale del nostro progetto è la prevenzione della disabilità; ci aspettiamo pertanto una riduzione di entrambi gli indicatori



O

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

<p><b>Titolo del Programma:</b>  <b>Prevenzione della popolazione a rischio</b></p>
<p>Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :  <b>Disturbi psichiatrici</b></p>
<p>N° identificativo del Programma all'interno del Piano Operativo regionale  <b>3.7.1</b></p>

Breve descrizione dell'intervento programmato

Il PNP 2010 indica tra le aree di intervento "La prevenzione della popolazione a rischio" e al punto 4.8 individua obiettivi di salute relativi ai "disturbi psichiatrici".

**"La depressione è uno dei più gravi e, al contempo, più comuni disturbi mentali, causa di grande sofferenza umana e di enormi costi per la società. Il suo impatto sulla qualità di vita dei singoli individui è equivalente a quello di una grave patologia fisica. La malattia è, infatti, così disabilitante da coinvolge l'intero contesto socio-ambientale della persona, ed in primo luogo quello familiare. Essa rappresenta anche uno dei principali fattori di rischio per i comportamenti suicidari, che si stima siano in costante aumento nei Paesi dell'Unione Europea, sia pure con grande variabilità nei diversi Stati membri. Per tale ragione la Commissione Europea ha inserito la "Prevenzione della depressione e dei suicidi" fra le cinque aree d'azione prioritarie individuate dall'"European pact for mental health and well-being", recentemente formulato. Pur essendo l'Italia fra i Paesi in cui i tassi di suicidio e tentato suicidio sono fra i più bassi, la portata del problema è comunque di grande rilevanza, e merita azioni urgenti e mirate. Poiché è scientificamente comprovato che la depressione è un disturbo prevenibile, diventa estremamente importante implementare azioni integrate fra diversi settori e a diversi livelli per favorire l'inclusione sociale e garantire il coinvolgimento dell'intera comunità. La depressione è anche un disturbo curabile, per cui è altrettanto cruciale promuovere programmi per il suo riconoscimento precoce, finalizzati ad attivare adeguate strategie per la diffusione dell'informazione corretta e della formazione mirata, nonché per la realizzazione di interventi precoci sostenuti da prove di efficacia.**

Prevenzione del disagio mentale			
OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	SOTTOBIETTIVI	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
Lotta alla depressione	Miglioramento delle strategie per il riconoscimento precoce della depressione	- Avvio del monitoraggio e valutazione dei programmi attivati - Messa a punto di un documento basato sulle revisioni di letteratura e sulle pratiche dei servizi a vario titolo coinvolti	- Ricognizione delle buone pratiche con evidenza di efficacia - Diffusione delle migliori strategie individuate
	Sviluppo di programmi di comunità per la prevenzione delle complicanze della depressione, quali il suicidio, secondo i dettami dell'Unione Europea (European Pact for Mental Health)	- Realizzazione di setting informativi e formativi per operatori sanitari, pazienti, famiglie e figure significative della comunità allargata	- Promozione di azioni integrate fra diversi settori (operatori sanitari, moltiplicatori sociali, organismi istituzionali ecc.) e a diversi livelli (individuo, famiglia, comunità, regione ecc.) - Realizzazione di progetti basati su pratiche che sono state validate tanto nel contesto italiano che in quello internazionale (ad esempio, vedi il modello "European Alliance Against Depression")

Rispetto alla valutazione dell'outcome di interventi preventivi nel modello citato dal PNP "European Alliance Against Depression" la rilevazione sistematica del numero di suicidi e di tentativi di suicidio in una data popolazione viene indicata come essenziale.

#### IV. Evidence

Evidence concerning the efficacy of the 4-level-approach has already been delivered during the Nuremberg Alliance Against Depression. Nevertheless different research questions arose concerning efficacy of EAAD. For further evaluations the network defined the outcomes shown in Figure 2.

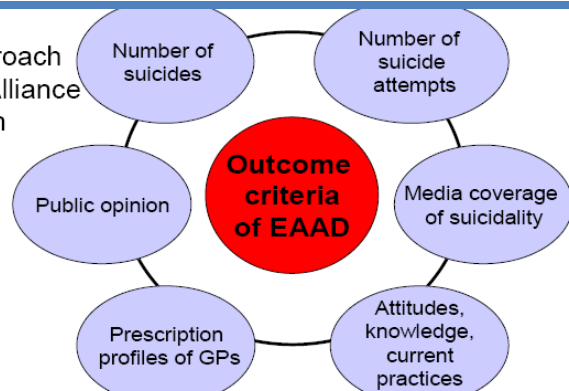


Fig. 2: Outcome criteria of EAAD

E' in corso il progetto "Elaborazione e sviluppo di iniziative preventive di riconosciuta efficacia per individuare e ridurre il rischio di suicidio, di tentato suicidio e di depressione post partum" che afferisce al Programma Strategico "Migliorare la qualità dell'offerta del SSN nelle patologie psichiatriche attraverso tecnologie che misurano l'appropriatezza clinica, economica ed organizzativa" (Ministero della Salute, Ricerca Finalizzata 2006). Ne sono Unità Operative Laziosanità – ASP (coordinatore del progetto), l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano e l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (APSS).

La scadenza del progetto è stata prorogata dal Ministero della Salute a Dicembre 2011.

Obiettivo generale del progetto è introdurre modalità di approccio e gestione del caso di tentato suicidio (TS) al momento della valutazione in Pronto Soccorso, che consentano nel tempo di rendere sistematica e accurata la raccolta e la registrazione di informazioni, anche al fine di individuare strategie di prevenzione e di erogazione del trattamento.

Sono obiettivi specifici:

- ✓ Una revisione sistematica della letteratura che possa offrire conoscenze aggiornate per la formazione e alcune raccomandazioni per l'implementazione di possibili interventi a favore del riconoscimento e della corretta registrazione dei casi di tentato suicidio;
- ✓ registrare tutti i casi di tentato suicidio che si presentano in Pronto Soccorso;
- ✓ migliorare e standardizzare la raccolta di informazioni condotta dallo psichiatra;
- ✓ estendere la valutazione psichiatrica e la relativa raccolta di informazioni, nei momenti e nei modi opportuni, anche alle persone ricoverate in altri reparti per lesioni diverse (ad es. medicina, traumatologia o chirurgia);
- ✓ sensibilizzare il personale del Pronto Soccorso e i consulenti alle tematiche relative all'assistenza delle persone che arrivano in Pronto Soccorso per un tentato suicidio, e possibilmente a cambiamenti organizzativi per una migliore presa in carico.
- ✓ individuare e stimolare modalità per l'avvio di percorsi assistenziale

Il progetto in corso comprende quindi fra i propri obiettivi parte delle linee di supporto e d'intervento indicate dal PNP. La rilevazione degli eventi oggetto di osservazione è orientata a ottenere:

- il monitoraggio nella popolazione dei tentativi di suicidio e atti autolesivi,

- l'incremento dell'attenzione al problema e delle conoscenze professionali attraverso interventi formativi rivolti al personale sanitario e procedure organizzative volte a favorire una corretta valutazione in Pronto Soccorso e l'implementazione di percorsi assistenziali,
- la valutazione dell'impatto di strategie preventive e di buone pratiche.

Per l'anno 2011 il progetto ambisce ad ottenere **una modalità uniforme di riconoscimento, valutazione e referaggio dei tentativi di suicidio e dei gesti autolesivi in Pronto Soccorso**. L'anno 2012 consentirà il confronto con le diverse Regioni e Province Autonome che hanno già avviato la stessa rilevazione. Tale modalità sarà estesa verosimilmente ad altre regioni, anche a seguito delle raccomandazioni che saranno diffuse al termine del Programma Strategico (Dicembre 2011) al quale il presente progetto afferisce. Gli obiettivi e i risultati attesi individuati risultano in linea con le aree d'intervento del PNP.

Restano obiettivi specifici:

- L'implementazione di moduli dedicati di rilevazione all'interno dei sistemi informatici esistenti al fine di permettere la registrazione sistematica e accurata di tutti i casi di TS e gesti autolesivi che si presentano in PS;
- La definizione di modalità condivise di approccio, valutazione del rischio e referaggio dei TS e dei gesti autolesivi in PS;
- La sensibilizzazione e formazione del personale operante nei servizi per l'emergenza finalizzato alla valutazione e alla gestione della persona che ha compiuto atti anticonservativi;
- La definizione di interventi informativi e di sensibilizzazione per i MMG competenti attraverso il coinvolgimento della FIMMG;
- La sperimentazione di un sistema di analisi in grado di fornire dati accurati sugli andamenti e sulle caratteristiche dei TS e dei gesti autolesivi nelle diverse regioni;
- La diffusione sistematica dei dati prodotti e delle buone pratiche relative al riconoscimento e alla gestione dei TS e dei gesti autolesivi in emergenza.

Risultati/prodotti attesi e loro trasferibilità (con riferimento all'eventuale garanzia dell'effettuazione degli interventi conseguenti agli esiti):

- La corretta rilevazione di tutti i casi di gesti autolesivi e TS in PS, attraverso la modifica dei sistemi informatici esistenti nei PS e l'implementazione di un sistema condiviso per il personale operante nei servizi per l'emergenza di codifica, approccio e valutazione di situazioni che comportino un rischio suicidario;
- L'uso sistematico di una scheda sintetica di rilevazione dei TS e gesti autolesivi e di valutazione del rischio suicidario da parte del consulente psichiatra in PS;
- La sensibilizzazione e formazione del personale operante nei PS relativamente alla valutazione e alla gestione della persona che ha compiuto atti anticonservativi;
- La realizzazione di una base dati aggiornata contenente le elaborazioni relative ai dati prodotti nelle regioni partecipanti e di linee guida per la corretta valutazione dei casi di interesse nei PS;
- La realizzazione di un sito web dedicato alla pubblicazione dei risultati prodotti, alla presentazione delle più recenti revisioni della letteratura disponibili e delle buone pratiche, e alla costituzione di un network che possa fungere da moltiplicatore per la diffusione di modelli operativi di rilevazione e buone pratiche.
- Interventi informativi e di sensibilizzazione per i MMG competenti per territorio anche in collaborazione con la FIMMG, utilizzando il sito web predisposto inclusivo di una sezione interattiva per raccogliere valutazioni di gradimento e feedback relativi alla pratica clinica.

Sono allo studio inoltre modalità che favoriscano l'avvio di percorsi assistenziali:

- Facilitando la compliance della persona all'avvio di un trattamento sulla base delle buone pratiche di intervento al momento di accesso al PS e l'informazione delle opportunità terapeutiche che possono essere utilizzate,
- Individuando modalità percorribili in base alle normative vigenti della privacy per la segnalazione ai MMG o ad altri servizi territoriali competenti.

### Beneficiari

Per quanto di rilevanza rispetto al PRP saranno oggetto di programmi informativi di sensibilizzazione Medici di Medicina Generale operanti sul territorio regionale. Saranno inoltre oggetto di analogo procedimento altri organismi istituzionali a valenza regionale o comunale. La popolazione di riferimento è quella afferente alle strutture di PS interessate dalla presente rilevazione (ca. 3.420.000 persone, pari al 60% della popolazione residente complessiva)

### Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

La riduzione del rischio di suicidio è perseguita in questo progetto attraverso una serie di interventi volti in primo luogo a individuare tutti gli eventi di autolesione/tentativo di suicidio che si presentano in Pronto Soccorso, inclusi quelli considerati a più bassa rilevanza in termini di intenzionalità o letalità del mezzo. Gli eventi ripetuti sono infatti fortemente correlati al rischio di suicidio, essendone il più forte predittore<sup>49</sup>.

In considerazione della notevole frequenza con cui la persona che compie un atto autolesivo o un tentativo di suicidio contatta in precedenza il proprio Medico di Medicina Generale<sup>50</sup>, appaiono di estrema importanza interventi di sensibilizzazione, informazione e formazione dei MMG interessati.

L'attività informativa e di sensibilizzazione sarà rivolta alla totalità dei MMG operanti nella regione attraverso il coinvolgimento della FIMMG e la realizzazione di un sito web dedicato, contenente una revisione della letteratura articolata per aree, i risultati della rilevazione sistematica condotta nei PS, materiale divulgativo da diffondere nelle sale di attesa, e un Forum di discussione moderato attraverso la partecipazione di associazioni di portatori di interesse in questo campo.

Tali attività saranno estese ai Servizi Psichiatrici pubblici di comunità allo scopo di favorire le interazioni con i MMG e lo sviluppo di un network che veda la partecipazione di quelle Associazioni che già da tempo operano attivamente per incontrare la domanda di persone afflitte da condizioni depressive che non si rivolgono ai Servizi territoriali, e per ridurre nelle diverse dimensioni possibili il rischio suicidario – specie fra i gruppi di popolazione più colpiti.

A questo riguardo, saranno rese disponibili le evidenze che sottolineano l'elevata correlazione esistente fra quadri di rilevanza psichiatrica e gesti autolesivi e tentativi di suicidio, riducendo, in tal modo, le conseguenze sfavorevoli che tale mancato riconoscimento comporta e favorendo il riconoscimento di situazioni a rischio da parte del MMG.

<sup>49</sup> Owens D et al. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. Br J Psychiatry. 2002; Zahl DL, Hawton K, Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. Br J Psychiatry. 2004; Christiansen E, Jensen BF, Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. Aust N Z J Psychiatry. 2007; Haukka J et al., Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. Am J Epidemiol. 2008

<sup>50</sup> Tylee A. & Jones R, Managing depression in primary care. BMJ. 2005; Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. Br J Psychiatry. 1998

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
<i>N di PS che utilizzano routinariamente il sistema di rilevamento definito / N dei PS reclutati e collegati al GIPSE On Line</i>	<i>GIPSE On Line</i>	<i>78%</i>	<i>90%</i>		<i>100%</i>	
<i>Informazioni rese disponibili per i MMG e per gli altri portatori di interesse</i>	<i>Realizzazione del sito web dedicato</i>	<i>Disponibili on line: revisione della letteratura; report di attività del progetto</i>	<i>Tutte le informazioni rilevanti presenti sul sito; almeno 2.000 accessi al sito</i>		<i>Tutte le informazioni rilevanti presenti sul sito; almeno 5.000 accessi al sito</i>	
<i>Informazioni concernenti la pratica clinica del MMG relativamente ai quadri pertinenti</i>	<i>Sezione dedicata con questionario interattivo all'interno del sito web accessibile tramite autenticazione</i>	<i>Non disponibile</i>	<i>Questionario accessibile e compilato per almeno il 25% dei MMG autenticati</i>		<i>Questionario accessibile e compilato per almeno il 40% dei MMG autenticati</i>	

O

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

**Monitoraggio della copertura e della qualità percepita degli interventi socio-sanitari nella popolazione degli anziani**

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

**4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza**

N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

**4.2.1**

Breve descrizione dell'intervento programmato

*Il contesto di intervento*

Nel Lazio, il quadro demografico della popolazione è caratterizzato da una tendenza all'invecchiamento con un incremento degli ultra 64enni che, nel 2009, costituivano il 19,7% della popolazione residente (il 20,1% in Italia). Gli scenari evolutivi ipotizzati per i prossimi decenni indicano un accentuarsi del fenomeno: nel 2050 gli ultra 64enni costituiranno circa il 33% della popolazione mentre l'indice di vecchiaia dovrebbe aumentare fino a circa 267 anziani ogni 100 giovani. Questa evoluzione demografica sarà associata ad un ulteriore accrescimento dei bisogni di salute legati all'invecchiamento, cui corrispondono un ventaglio di interventi socio-sanitari-assistenziali notevolmente diversificati. In particolare, saranno sempre più richiesti interventi di prevenzione miranti a ridurre la disabilità e il rischio di disabilità ma anche azioni coordinate di protezione sociale e di promozione della Salute e del benessere della persona anziana. A supporto di queste strategie, si raccomanda la messa in attività di monitoraggio degli interventi.

*Razionale*

Nel Lazio, sono attivi numerosi sistemi informativi sanitari a copertura regionale capaci di fornire informazioni sistematiche sulle caratteristiche socio-demografiche e clinico-assistenziali delle persone che accedono ai servizi sanitari. Tra questi si segnala il Sistema Informativo per le Strutture Residenziali Assistenziali (SIRA) dedicato ad un settore dell'assistenza specifico della popolazione anziana. L'uso delle informazioni prodotte da questi sistemi, permette una valutazione della qualità dell'assistenza e del livello di raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza all'interno di tutto il territorio regionale. Nondimeno, anche nella nostra Regione, si registra una generale mancanza di informazioni dettagliate sui bisogni di Salute della popolazione anziana che permetta di razionalizzare le risorse disponibili, anche al fine di contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione.

Per rispondere a queste esigenze, il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha di recente sostenuto la sperimentazione, in 16 fra Regioni e PA italiane, di un sistema di monitoraggio dei bisogni di salute e in particolare della disabilità e del rischio di disabilità. Nel Lazio questa sperimentazione ha coinvolto le ASL di Latina, Viterbo e Roma E, permettendo di raccogliere informazioni su campioni rappresentativi della popolazione anziana e/o di testare le procedure di sorveglianza. Gli indicatori misurati dalla sperimentazione PASSI d'Argento indicano che in circa il 40% della popolazione anziana sono presenti fattori di rischio comportamentali, sociali e di disabilità. La sperimentazione ha inoltre mostrato che nella popolazione anziana risultata portatrice di disabilità, vi sono ampi spazi d'azione per arginare l'evoluzione verso la disabilità e per il miglioramento della qualità dell'assistenza e delle azioni di prevenzione. In ultimo, 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 socio-sanitari e socio-assistenziali che a livello locale, si



occupano di interventi a favore della popolazione anziana. La messa a regime di tale sistema di sorveglianza sulla popolazione anziana, così come previsto anche dal Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, si rivelerà essenziale per fornire un quadro completo dello stato di salute e dei bisogni assistenziali della popolazione anziana e in particolare con disabilità del nostro Paese. Ciò permetterà di indirizzare in maniera più razionale ed efficace politiche e strategie di intervento a regionale (vedi modello logico in allegato).

#### *PASSI d'Argento per il monitoraggio degli interventi di prevenzione della Regione Lazio*

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 sottolinea la necessità di utilizzare/attivare "sistemi di sorveglianza per disporre di dati tempestivi e relativi alla popolazione di riferimento". All'interno del Piano Regionale di Prevenzione del Lazio sono numerosi gli interventi che potranno beneficiare delle informazioni di conoscenza o orientate alla valutazione che si producono con la sorveglianza PASSI d'Argento. Si tratta, in particolare, degli interventi indicati all'interno delle Linee di intervento generali "2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico"; "2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate"; "3.6 Patologie orali".

#### *Strumenti e metodi*

La sorveglianza sulla popolazione anziana prevede la realizzazione di indagini periodiche della durata di circa 3 mesi. La popolazione in studio sarà costituita dalle persone di età maggiore ai 64 anni. Utilizzando le liste anagrafiche sanitarie, verrà estratto un campione rappresentativo della popolazione anziana del Lazio. Per la raccolta dei dati sarà utilizzato un questionario standardizzato, messo a punto con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità. Il questionario sarà somministrato alle persone campionate da operatori che operano nei servizi socio-sanitari-assistenziali coinvolti nelle attività di sorveglianza. La somministrazione del questionario potrà avvenire tramite intervista telefonica o faccia a faccia. In caso di necessità, l'intervista sarà realizzata con l'aiuto di un familiare o altra persona di fiducia dell'anziano. Per favorire la standardizzazione delle procedure e la conseguente omogeneità e confrontabilità dei dati raccolti, tutti gli operatori coinvolti saranno opportunamente formati per svolgere le attività di sorveglianza. Per l'analisi dei dati saranno utilizzati alcuni indici, basati sulla misura delle ADL (*Activities of Daily Living*) e IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) che permetteranno l'individuazione di sottogruppi all'interno della popolazione anziana. In linea con l'approccio partecipativo del progetto, gli stessi operatori coinvolti nelle attività di sorveglianza effettueranno una valutazione di processo, identificando le informazioni necessarie a migliorare l'efficienza del sistema ponendo le basi per la sostenibilità della sorveglianza e la sua messa a regime. Infine, sarà sviluppato un piano di comunicazione strutturato e ampio in grado di favorire l'utilizzazione dei dati e delle informazioni prodotte dalla sorveglianza.

Le operazioni previste dall'indagine PASSI d'Argento in cui sono trattati dati personali saranno effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

#### *Beneficiari*

I principali beneficiari della sorveglianza sulla popolazione anziana sono le Regioni e gli enti territoriali (Aziende sanitarie, distretti, Comuni, etc...) che si occupano di promozione e tutela della Salute e del benessere degli anziani e, indirettamente, gli anziani e loro famiglie famiglie/caregiver informali.

#### *Obiettivi di Salute e obiettivi di processo perseguiti*

Implementazione, entro il 2012, del Sistema di Sorveglianza PASSI D'ARGENTO nel territorio regionale con definizione di un piano di comunicazione mirato dei risultati.

1. Disegnare un profilo della popolazione anziana basato sulle ADL e IADL, dinamico e utile alla programmazione e al monitoraggio degli interventi, che fornisca stime attendibili sulla distribuzione della popolazione anziana in sottogruppi corrispondenti a diversi target di intervento da parte dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.
2. Mettere a regime un rilevamento periodico di un pool 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.
3. Promuovere competenze e qualità professionale all'interno dei servizi del settore sociale e sanitario e favorire l'adozione o il miglioramento di interventi miranti a garantire la qualità delle attività di

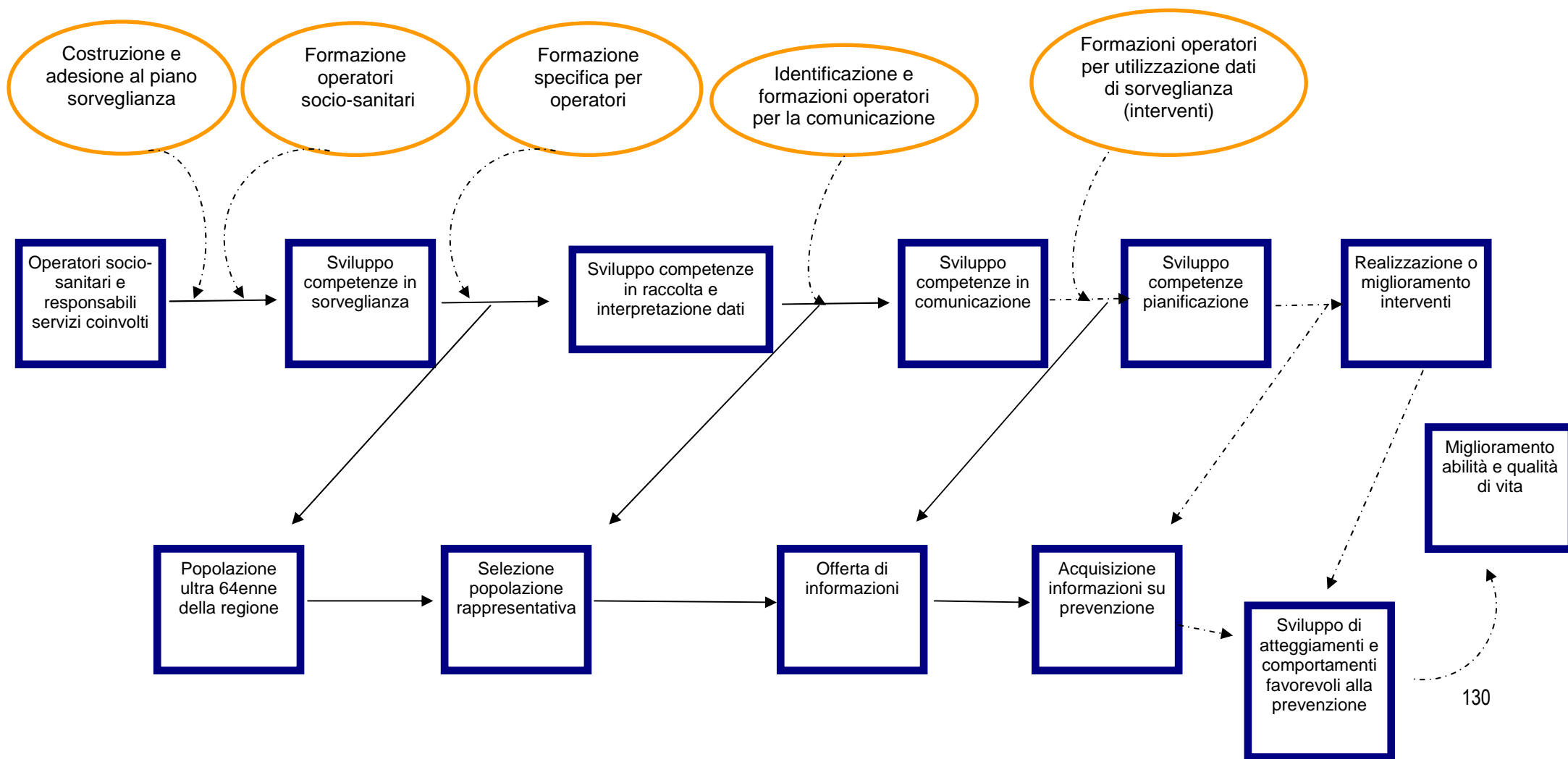
prevenzione e della continuità assistenziale attraverso il diretto coinvolgimento di questi servizi nelle attività di monitoraggio e interpretazione congiunta dei risultati.

4. Sviluppare una strategia comunicativa mirata che, a partire dai risultati della sorveglianza, permetta di indirizzare in maniera più razionale ed efficace azioni e strategie di intervento settoriali e intersettoriali.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Numero di ASL che mettono a regime la sorveglianza / numero di ASL della Regione (%)	Sistema di monitoraggio interno PASSI d'Argento	0	0		Adesione di almeno 66% → 8 ASL	
Numero di interviste effettuate sul totale delle interviste programmate (%)	Dataset PASSI d'Argento	0	0		90%	
Disponibilità di un sistema di indicatori su qualità di vita e condizioni di salute, sulla copertura delle attività di prevenzione e assistenziali, sulla qualità dell'assistenza della popolazione anziana	Rapporto tecnico del progetto	Non presente	Non presente		Presente	
N. operatori coinvolti nelle attività di sorveglianza, che sono stati formati / n. totale di operatori coinvolti (%)	Atti formazione	0	30%		80%	
Esistenza di un piano di comunicazione	Sistema di monitoraggio interno PASSI d'Argento	Non presente	Non presente		Presente	
Esistenza di un rapporto di comunicazione	Sistema di monitoraggio interno PASSI d'Argento	Non presente	Non presente		Presente	

## Allegato - Modello logico

La sorveglianza di popolazione permette la raccolta di informazioni su campioni rappresentativi della popolazione generale e non sugli utenti di singoli servizi o su un gruppo di popolazione particolare o selezionata su un problema specifico. Nello specifico, la sorveglianza PASSI d'Argento sarà resa sostenibile utilizzando le risorse dei servizi dell'area sociale e sanitaria, in maniera tale che gli operatori che in essi agiscono beneficino della sorveglianza come un opportunità per un percorso formativo e auto formativo che in ultima analisi capacita l'intero sistema. Questa crescita dei servizi dell'area sociale e sanitaria potrà favorire la messa in atto di strategie di integrazione a livello operativo inizialmente e, si auspica, in un secondo momento anche a livello programmatico. Inoltre, l'adozione di procedure comuni di raccolta dei dati permetterà una valutazione degli interventi ai diversi livelli di governo (locale, regionale, nazionale).



# **Appendice**

**1) Piano di progettazione per la realizzazione del sistema informatico e le attività di monitoraggio.**

**2) Piano di Comunicazione.**

Regione Lazio

Piano Regionale della Prevenzione  
2010-2012  
(PRP)

### APPENDICE

26. Piano di fattibilità per la realizzazione del supporto di accompagnamento informatizzato
27. Piano di Comunicazione

# Piano di fattibilità per la realizzazione del supporto di accompagnamento informatizzato del PRP

## **Introduzione**

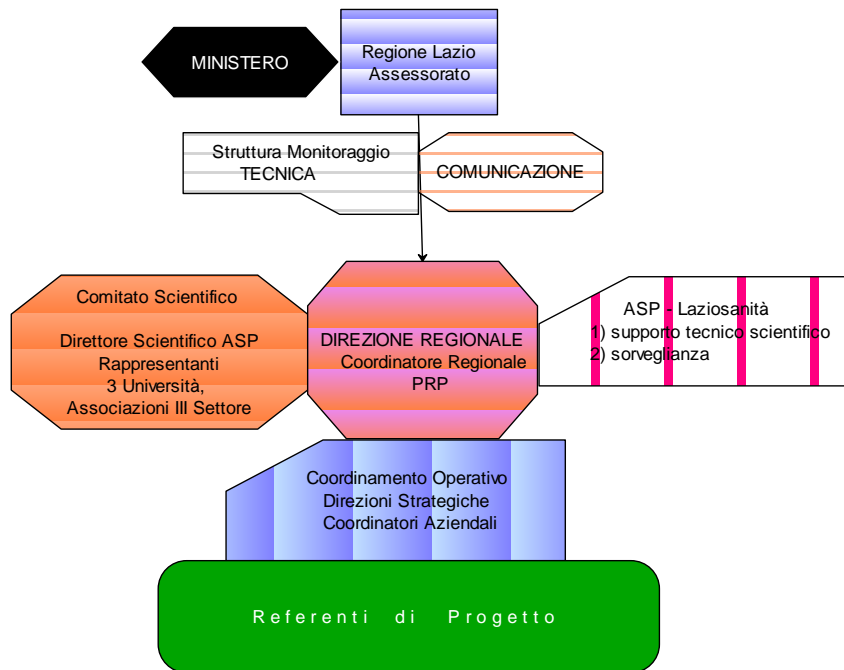
In base al DGR n. 577 del 17/12/2010, per l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010 (PRP), è stato approvato un Modello Organizzativo che prevede di affidare "a LAit SpA l'incarico di fornire alla Direzione Assetto Istituzionale, Prevenzione ed Assistenza Territoriale supporto tecnico per la realizzazione del sistema informativo e le attività di monitoraggio del PRP."

## **Modello Organizzativo**

### ***Coordinamento regionale***

La Regione intende avvalersi di un modello organizzativo (fig 1), attraverso il supporto di un Comitato scientifico e di Asp-Laziosanità, che consenta le seguenti funzioni:

10. azioni di coordinamento fra governo centrale regionale e le ASL,
11. sostegno ai progetti e sviluppo delle iniziative della programmazione centrale
12. utilizzo delle risorse secondo criteri di efficienza ed efficacia
13. emanazione di indirizzi e linee guida programmatiche
14. miglioramento delle azioni di comunicazione con la popolazione.



**Figura 1**

### **Struttura tecnica di monitoraggio**

Per l'attuazione del PRP, è previsto a livello centrale di governo, una struttura di comunicazione e di accompagnamento tecnico che, attraverso un sistema informatizzato, consenta il monitoraggio delle attività e dei risultati anche parzialmente raggiunti, accompagnando lo sviluppo del PRP con una corretta informazione della popolazione.

### **Coordinamento aziendale**

A livello ASL, il modello organizzativo è articolato su tre livelli operativi determinati da:

- la **Direzione Strategica Aziendale** che, una volta approvate le linee operative definite dalla Regione, individui il **Coordinatore Aziendale** del Piano di Prevenzione e il referente responsabile per ogni progetto previsto.
- il **Coordinatore Aziendale del Piano** fa riferimento alla Direzione Strategica. E' garante del monitoraggio dell'andamento dei diversi progetti, persegue la loro uniformità in termini metodologici e di rispondenza a criteri comuni e la razionalizzazione degli interventi previsti in particolare di quelli che insistono su uno stesso ambito (luogo di aggregazione, fascia di popolazione, ecc.). Svolge funzione di supporto al Referente Aziendale di Progetto nelle necessarie attività di interfaccia con strutture interne ed esterne alle Asl e partecipa all'identificazione e risoluzione di eventuali criticità.
- il **Referente Aziendale di Progetto** è responsabile del raggiungimento degli obiettivi



fissati e svolge tutte le funzioni all'uopo necessarie, in particolare la redazione del Piano Attuativo, concordata col Coordinatore Aziendale del Piano, l'adozione delle soluzioni alle criticità ordinarie ed il coinvolgimento e l'interfaccia con tutte le strutture interessate, la formazione ed il monitoraggio.

## Obiettivi

A partire dal quadro di contesto sopra esposto, si elencano di seguito le esigenze, a livello regionale e aziendale, che devono essere soddisfatte dal sistema informativo:

*A livello regionale:*

4. sulla base del modello organizzativo regionale e aziendale sopra descritto, consentire la costruzione di una base dati anagrafica di tutti i referenti e responsabili
5. fornire strumenti per lo scambio di informazioni, anche categorizzate (es. blog, forum, community...) tali da permettere la rapida circolazione di dati e notizie;
6. a partire dal *Quadro Strategico*, consentire la costruzione di una base dati contenente dati relativi a tutte le linee di intervento programmate (es. obiettivi, azioni, risultati attesi, beneficiari, indicatori, ecc), costituendo la base dati di partenza per il successivo inserimento dei *piani operativi*;
7. definiti gli obiettivi di risultato di ogni singolo progetto, individuare un range di valori per esprimere il grado di raggiungimento di un obiettivo (indicatori), che tenga conto anche della nota disomogeneità delle ASL nei livelli di performance;
8. consentire la gestione del flusso delle informazioni attraverso workflow di approvazione di documenti e/o gestione documentale;
9. agevolare la programmazione e il monitoraggio del PRP, attraverso l'elaborazione di dati e la predisposizione di report, per:
  10. supportare la programmazione delle linee strategiche per la prevenzione;
  11. gestire e misurare le attività (verificare lo stato di avanzamento, risorse impiegate, risultati ottenuti);
  12. valutare i diversi risultati, attraverso il confronto tra misurazioni effettuate e indicatori relativi agli obiettivi;
  13. permettere l'eventuale elaborazione di nuove linee strategiche per la prevenzione (ad esempio per la fattibilità e l'adattabilità al contesto di interventi già realizzati di cui è riportata in letteratura scientifica la provata efficacia o modelli innovativi per la regione) ;

14. consentire l'elaborazione di eventuali misure correttive nei casi di eventuali progetti in criticità, dovute a cause sia interne o esterne, e che comportano azioni di riorganizzazione o ridefinizione degli obiettivi;
15. supportare l'elaborazione di un Piano di Comunicazione dei Progetti e dei risultati da essi derivati;
16. dati i criteri di distribuzione del Fondo Regionale alle diverse ASL, consentire la corretta gestione della ripartizione dei fondi;
17. gestire la certificazione dei risultati ottenuti e la trasmissione dei dati al Ministero.

*A livello aziendale:*

13. consentire alle ASL l'inserimento dei dati afferenti ad ogni singolo piano operativo, anche attraverso la definizione di aree omogenee di riferimento come ad esempio:
  14. ambiti territoriali ben definiti (es. dove è maggiormente diffuso un basso livello socioeconomico), che siano la base di analisi per una migliore conoscenza del territorio;
  15. gruppi di popolazione più fragili, in cui le probabilità di beneficio derivante dagli interventi sono maggiori
16. Consentire ai referenti delle ASL il monitoraggio:
  17. dello stato di avanzamento dei progetti a livello aziendale
  18. dell'uso delle risorse umane ed economiche
  19. della pianificazione delle azioni di prevenzione messe in campo
  20. della valutazione del costo degli interventi
21. Supportare lo scambio di informazioni, reportistica ecc. con possibili Enti locali o enti non sanitari che possano essere sinergici alle azioni di prevenzione anche per migliorarne l'impatto finale

## **Modalità di realizzazione**

A partire dal contesto sopra descritto, e per quanto definito nella DGR 577 del 17/12/2010, il sistema informativo oggetto del presente allegato sarà realizzato dalla LAit S.p.a., che dovrà produrre il documento "Studio di Fattibilità" che conterrà le modalità di realizzazione, i tempi e i costi del progetto. Si rimanda a tale documento per i dettagli relativi all'analisi e alla progettazione del sistema.

## **Cronoprogramma**

Il cronoprogramma per la realizzazione del sistema informativo dovrà necessariamente tenere conto delle milestone seguenti:

	<b>Descrizione</b>	<b>Data scadenza</b>
	Approvazione PRP da parte del ministero	15/02/2011
	Definizione algoritmi per la definizione degli indicatori e acquisizione dati di partenza validi per misurazioni successive	15/04/2011
	Rilevazione dati n.1/2011	15/06/2011
	Rilevazione dati n.2/2011	15/09/2011
	Rilevazione dati n.2/2011	15/12/2011
	Certificazione dei dati 2011 e invio al ministero	31/12/2011
	Rilevazione dati n.1/2012	15/03/2012
	Rilevazione dati n.2/2012	15/06/2012
	Rilevazione dati n.3/2012	15/09/2012
	Rilevazione dati n.4/2012	15/12/2012
	Certificazione dei dati 2012 e invio al ministero	31/12/2012

# Piano di Comunicazione

## **Individuazione degli obiettivi strategici**

Il piano di comunicazione consente di progettare le azioni comunicative da implementare in funzione di obiettivi per i quali la Regione impiega in modo efficiente ed efficace le diverse risorse a disposizione: umane, economiche e strumentali.

In funzione degli obiettivi strategici di sistema del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2010 - 2012 verranno individuati gli obiettivi di comunicazione da perseguire, i pubblici di riferimento, le strategie, lo stile comunicativo da impiegare e gli strumenti di comunicazione da utilizzare.

Gli obiettivi strategici di sistema per il PRP 2010- 2012 sono:

1. la continuità delle attività del piano nazionale della Prevenzione 2005-2007;
2. lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal Piano nazionale della Prevenzione e, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale;

Ταβέλλα 1. la messa a regime delle attività di sorveglianza.

### *Macroaree e linee di intervento generali*

1. Medicina predittiva:
  - Valutazione del rischio individuale di malattia
2. Prevenzione universale:
  - Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale
  - Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate
  - Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico
  - Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione
  - Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria
  - Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni
  - Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici

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

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

### 3. Prevenzione della popolazione a rischio:

- Tumori e screening
- Malattie cardiovascolari
- Diabete
- Malattie respiratorie croniche
- Malattie osteoarticolari
- Patologie orali
- Disturbi psichiatrici
- Malattie neurologiche
- Cecità e ipovisione
- Ipoacusia e sordità

### 4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia:

- Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico
- Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

## Schema riepilogativo Linee ® Obiettivi

Linea di intervento	Obiettivi generali di salute	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto
<b>Macro area:</b> Medicina predittiva			
Valutazione del rischio individual e di malattia	Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	Malattie metaboliche e screening neonatale Allargato	Prevenire la mortalità da Malattia Metabolica attraverso l'appropriatezza delle attività di medicina predittiva in essere da realizzare mediante <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Censimento delle attività di screening e follow-up per le Malattie Metaboliche sul territorio Regionale</li> <li>2) Definizione di protocolli per l'attuazione dello Screening Neonatale Allargato delle Malattie Metaboliche;</li> <li>3) Costruzione di percorsi clinici (Clinical Pathways) specifici per ciascuna patologia;</li> <li>4) Creazione di un Network informatico per lo scambio dati fra i vari operatori coinvolti sul territorio Regionale</li> </ol>
		Implementare la promozione dello screening opportunistico per l'identificazione precoce di intolleranza alimentare al glutine	Prevenire forme gravi di morbosità da intolleranza alimentare al glutine migliorando la valutazione del rischio individuale favorendo la diagnosi precoce dell'intolleranza alimentare al glutine attraverso la diffusione capillare di materiale informativo nelle scuole
<b>Macro area:</b> Prevenzione universale			

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali	Comunicazione dei dati delle Sorveglianze e collaborazione con stakeholder esterni al SSR	Favorire comportamenti e progetti per la riduzione della mortalità da incidenti stradali tramite la diffusione a Scuole, Scuole-Guida e Polizia Municipale dei dati inerenti incidentalità e adozione di comportamenti corretti alla guida.
		Promozione della salute verso i neo genitori	Ridurre gli esiti invalidanti degli infortuni stradali nei bambini da mancato uso dei dispositivi di sicurezza tramite implementazione di un intervento di promozione della salute rivolto ai neogenitori sull'uso dei dispositivi di sicurezza già valutato in termini di

			efficacia
Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio	E' possibile rendere sicure le sostanze pericolose	<p>Favorire la riduzione degli infortuni e delle malattie professionali attraverso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) la mappatura del territorio regionale in termini di distribuzione delle aziende in cui sono presenti i rischi da sostanze pericolose e del numero dei lavoratori esposti ai rischi</li> <li>2) interventi mirati di vigilanza nelle aziende a rischio da parte dei Servizi delle ASL</li> <li>3) la realizzazione, su tutto il territorio regionale, di programmi per la ricerca attiva delle patologie da lavoro, per favorire l'emersione delle stesse e, conseguentemente, l'adozione di adeguate strategie di prevenzione</li> <li>4) il miglioramento delle sorveglianza sui lavoratori ex esposti alle sostanze pericolose, al fine di adeguare le attività territoriali rivolte agli stessi, quali ad esempio sportelli informativi,</li> <li>5) il potenziamento dell'assistenza alle imprese per migliorare la loro capacità di gestione dei rischi specifici, attraverso la definizione e diffusione, in maniera condivisa con le associazioni di categoria, di linee di indirizzo per la adeguata gestione dei rischi specifici</li> </ol>
	Monitoraggio	"Siamo sicuri che si può lavorare sicuri"	<p>Prevenire gli eventi infortunistici attraverso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Miglioramento delle capacità di conoscenza della distribuzione e delle modalità di accadimento degli infortuni mortali e gravi</li> <li>2) Miglioramento delle condizioni di sicurezza delle macchine e delle attrezzature nel comparto agricoltura.</li> <li>3) Miglioramento delle condizioni di sicurezza dei lavoratori edili.</li> </ol>
Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e per avvelenamento e ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni	Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici tra gli anziani e bambini di 0-4 anni	<p>Ridurre gli eventi traumatici domestici nei gruppi di popolazione a rischio attraverso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Promozione di comunicazione e iniziative organizzate miranti a promuovere fisica negli anziani e la riduzione dei rischi da trauma domestico</li> <li>2) Realizzazione di campagne informative nei consultori e centri vaccinali per i genitori</li> </ol>

Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento	Implementazione delle anagrafi vaccinali aziendali	Monitorare le coperture vaccinali nell'infanzia, con particolare riguardo a morbillo, parotite e rosolia quale elemento necessario per le azioni di contenimento significativo di tali patologie
		Progetto per il miglioramento delle coperture vaccinali con particolare riferimento alla prevenzione del morbillo, della rosolia e delle meningiti batteriche nella Regione Lazio	Contenere significativamente le patologie vaccino prevenibili attraverso interventi atti a garantire a tutta la popolazione le stesse opportunità di accesso alla prevenzione vaccinale.
Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV	Ridurre la vulnerabilità alle malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV, nei gruppi svantaggiati e a rischio della popolazione	Ridurre l'esposizione alle malattie sessualmente trasmesse mediante i seguenti interventi formativo-comunicativi:  A. Aumentare la capacità di promuovere la prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili, attraverso specifica formazione degli operatori socio-sanitari.  B. Migliorare l'accessibilità alle strutture che si occupano di prevenzione dell'AIDS implementando la capacità di ascolto e risposta degli operatori socio-sanitari e delle figure amministrative delle stesse.
Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute	Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini	Favorire l'adozione di comportamenti salutari dei cittadini attraverso la conoscenza dei dati locali integrati relativi ad abitudine al fumo, consumo d'alcol, stato ponderale e attività fisica nell'ambito degli interventi di promozione della salute.
	Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%	Formazione nelle scuole e verso i neogenitori	Promuovere stili nutrizionali salubri mediante:  A. Formazione su alimentazione e stili di vita di genitori, bambini e insegnanti  B. Formazione su alimentazione e stili di vita degli operatori e fruitori delle mense aziendali  C. Promozione dell'allattamento al seno



	Riduzione del consumo di alcol a rischio (% fuori pasto, dei consumatori giornalieri di quantità superiori a quelle considerate compatibili, anche in relazione all'età, dei "binge drinkers", ecc...)	Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro	Favorire la riduzione del consumo di alcol in contesti lavorativi tramite:  1) Analisi della percezione del problema alcol in aziende dei trasporti, sanità ed edilizia;  2) Interventi di informazione finalizzati all'adozione di procedure di controllo del consumo di bevande alcoliche sul lavoro
	Riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta	Promozione all'interno di aziende pubbliche e private di modelli d'intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo	Favorire la riduzione di consumo di tabacco nei luoghi di lavoro attraverso  1) Analisi del problema fumo attivo e passivo nei luoghi di lavoro;  2) Adozione del modello di no-smoking policy aziendale da parte di aziende pubbliche e private
	Prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado, e nei luoghi di aggregazione giovanile formali e informali	Prevenzione dell'iniziazione al consumo di tabacco e sostanze	Prevenire l'iniziazione al tabagismo ed al consumo di sostanze mediante  A. Adozione nelle scuole medie di I e II grado di un programma di provata efficacia - denominato Unplugged - che si basa su un modello di influenza sociale globale (Comprehensive Social Influence approach) che ingloba le Life Skills e comporta: - la prevenzione dell'iniziazione del consumo di tabacco e di episodi di intossicazione da alcol (da parte di 1 alunno su 30) - la riduzione del: 30% del consumo giornaliero di sigarette, del 30% degli episodi di intossicazione da alcol e del 23% dell'uso di cannabis B. Creazione di un Gruppo di Coordinamento Regionale per la promozione della salute nelle scuole - composto dai Referenti incaricati dai Direttori Generali di ogni ASL - avente il compito di coordinare le attività nelle scuole del territorio di competenza C. Svolgimento della formazione degli insegnanti delle scuole aderenti al programma da parte dei Referenti incaricati per la promozione della salute nelle scuole D. Realizzazione dell'intervento nelle scuole aderenti al programma Unplugged
<b>Macro area:</b> Prevenzione della popolazione a rischio			
Tumori e screening	Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto	CONSOLIDAMENTO E QUALIFICAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ORGANIZZATI  Innovazione tecnologica PS su mammella, cervice	Favorire la riduzione della mortalità da carcinoma della mammella della cervice uterina e del colon retto attraverso l'incremento della quota di popolazione afferente ai programmi organizzati e aumento della qualità del percorso diagnostico-terapeutico dei soggetti screenati.

		uterina e colon-retto	<p>Favorire la riduzione della mortalità da carcinoma della mammella della cervice uterina e del colon retto attraverso l'innovazione tecnologica relativa a:</p> <p>A. avvio sperimentazioni nelle ASL dell'uso del test HPV DNA come test primario e integrazione con i programmi vaccinali anti HPV</p> <p>B. programmi di sorveglianza per i casi di storia neoplastica</p> <p>C. definizione di percorsi articolati per rischio individuale (familiarità e seno denso)</p>
Malattie cardiovascolari	Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari.	Promozione degli strumenti per la valutazione e riduzione del rischio cardiovascolare individuale	Favorire la rilevazione del rischio cardiovascolare quale elemento di prevenzione mediante iniziative di formazione e promozione dell'uso di strumenti per la prevenzione individuale destinate ad operatori sanitari
Diabete	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete,	Promozione delle misure di prevenzione individuale delle complicanze	Migliorare l'assistenza del diabetico mediante l'effettuazione di periodici e specifici controlli da implementare con iniziative di formazione e promozione rivolte agli operatori sanitari
Malattie osteoarticolari	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per le malattie osteoarticolari	Prevenzione della progressione dell'Artrite Reumatoide mediante diagnosi e terapia nelle fasi precoci di malattia.	<p>Migliorare la diagnosi e l'assistenza dell'Artrite reumatoide favorendo l'adesione a corretti percorsi diagnostici e terapeutici tramite</p> <p>A) Riconoscimento precoce di Artrite Reumatoide;</p> <p>B) promozione di un approccio terapeutico in grado di cambiare la storia naturale di malattia che comprenda una valutazione integrata del paziente.</p>
Disturbi psichiatrici	Lotta alla depressione	Prevenzione della popolazione a rischio	Favorire il trattamento tempestivo del rischio suicidario mediante il suo riconoscimento precoce attraverso specifica sensibilizzazione e formazione dei MMG su questo tema nei diversi gruppi di popolazione e contesti di osservazione del rischio.
<b>Macro area: Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia</b>			
Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative.	Monitoraggio della copertura della qualità percepita degli interventi socio sanitari nella popolazione degli anziani	Favorire la prevenzione delle disabilità da malattie cronico degenerative tramite la conoscenza d'impatto di fattori comportamentali e sociosanitari sulla popolazione anziana. Tale conoscenza sarà ottenuta con l'implementazione su scala regionale del Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento con definizione di un piano di comunicazione mirato dei risultati

## **Individuazione degli obiettivi di comunicazione**

Gli obiettivi di comunicazione delle politiche che la Regione ha deciso di porre in essere sono:

1. la promozione di corretti stili di vita (alimentazione, attività motoria, lotta al fumo, alcool e droga);
2. la prevenzione neonatale delle malattie metaboliche ereditarie (malattie rare);
3. le intolleranze alimentari (celiachia);
4. la prevenzione dei tumori femminili e del colon retto;
5. la disabilità derivante da malattie reumatologiche.

## **Individuazione dei pubblici di riferimento**

In base ai pubblici destinatari delle singole azioni di comunicazione, saranno definite le strategie, i contenuti, le azioni e gli strumenti da impiegare.

Le priorità strategiche del programma sanitario del governo regionale attribuiscono alla prevenzione un ruolo determinante del miglioramento della qualità di vita, ponendo attenzione ad azioni destinate a fasce di popolazione maggiormente a rischio, e quindi alla fascia scolastica, per l'individuazione e la correzione di eventuali comportamenti a rischio, e alla fascia degli anziani, per un invecchiamento sano e per il sostegno della disabilità.

## **Individuazione della strategia**

Individuare la strategia da mettere in campo significa scegliere le azioni e gli strumenti di comunicazione più funzionali agli obiettivi che si intendono perseguire.

La strategia di comunicazione da adottare per ogni singola attività di comunicazione dovrà tener conto delle risorse economiche umane e tecnologiche a disposizione dell'amministrazione.

## **Individuazione dei contenuti**

Si prevedono nel periodo considerato dal PRP una serie di campagne di comunicazione aventi ad oggetto la promozione e il sostegno delle iniziative promosse dalla Regione.

Saranno realizzate 5 campagne di comunicazione, strutturate su vari media (ad es. stampa, TV, radio, affissioni, web), relative a:

- promozione di corretti stili di vita (alimentazione, attività motoria, lotta al fumo, alcool e droga);
- prevenzione neonatale delle malattie metaboliche ereditarie (malattie rare);

- intolleranze alimentari (celiachia);
- prevenzione dei tumori femminili e del colon retto;
- disabilità derivante da malattie reumatologiche.

Per ogni campagna sarà redatto un piano di realizzazione/attività che prevederà:

1. individuazione degli obiettivi strategici della campagna;
2. analisi dello scenario;
3. individuazione dei pubblici di riferimento;
4. scelta della strategia più opportuna da utilizzare;
5. scelta dei contenuti;
6. presentazione ed argomentazione delle azioni di comunicazione che verranno implementate per il raggiungimento degli obiettivi di comunicazione e selezione degli strumenti da impiegare;
7. misurazione e valutazione dei risultati.

### **Individuazione delle attività e degli strumenti**

Gli strumenti di comunicazione che verranno individuati per ognuna delle 5 campagne saranno adeguati ai diversi *target*.

La comunicazione, sarà realizzata con vari strumenti di informazione:

- Pubblicazioni, *Brochure*, e Opuscoli;
- *Newsletter* elettronica;
- Attività di RP;
- Convegni e seminari;
- Campagna pubblicitaria audio-visiva (spot radiofonici e televisivi);
- Manifesti;
- TIC(Tecnologie Informazione e Comunicazione): sito Internet istituzionale; FAQ, posta elettronica, ecc...;

Particolare cura sarà data alla visibilità ed alla facilità di accesso alle informazioni del portale. Per ogni campagna sarà predisposto un apposito spazio di visibilità nella *home page* del sito istituzionale e dei siti collegati.

### Organizzazione di eventi

Si prevede per il 2011 – 2012 l'organizzazione di eventi (convegni, congressi, fiere, ecc.) destinati alla cittadinanza in generale o a target particolari, in funzione delle relative campagne implementate.

A questi si aggiungeranno 3 convegni mirati:

- alla presentazione del piano (gennaio - febbraio 2011)

- alla valutazione intermedia delle attività svolte nel 2011 (dicembre 2011)
- all'analisi delle attività svolte e valutazione dei risultati (dicembre 2012)

### **Analisi dei risultati**

La valutazione è un'attività molto importante, in quanto permette la misurazione dei risultati ottenuti a seguito delle azioni implementate.

La fase della valutazione, dal punto di vista della tempistica, si articola in tre fasi:

- valutazione ex ante, per le azioni di monitoraggio preventivo;
- valutazione ex post, riferita ai risultati ottenuti;
- valutazione in itinere dei processi in corso di attuazione.

### **Costi**

Per quanto riguarda l'aspetto previsionale, ed i relativi costi, si rimanda ai singoli piani di realizzazione previsti per ogni campagna.