

infosalute 14

**Piano provinciale
della prevenzione**

2010-2012



Provincia Autonoma di Trento
Assessorato alla Salute
e Politiche sociali



infosalute 14

Piano provinciale di prevenzione

2010-2012

Edizioni
Provincia Autonoma di Trento
Assessorato alla salute e politiche sociali

Trento, 2011

infosalute 14

Piano provinciale di prevenzione
2010-2012

Assessorato alla Salute e politiche sociali
Servizio Economia e programmazione sanitaria
Ufficio Programmazione, valutazione e controllo dell'attività sanitaria
Via Gilli,4 - 38100 Trento
tel. 0461 494044 - fax 0461 494073
comunicazione.salute@provincia.tn.it
www.trentinosalute.net

© copyright Giunta della Provincia Autonoma di Trento. 2011
L'utilizzo del materiale pubblicato è consentito con citazione obbligatoria della fonte

Presentazione

Il Piano provinciale di prevenzione 2010-2012, approvato dalla Giunta provinciale il 14 gennaio 2011, si inserisce tra i programmi di prevenzione che tutte le Regioni hanno adottato in attuazione dell'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 29 aprile 2010.

Nell'ambito del quadro generale di aree tematiche e di impostazione metodologica delineato dalla predetta Intesa, ciascuna Regione e Provincia autonoma, in relazione alle specifiche esigenze locali, ha definito propri progetti di intervento. Il Piano provinciale di prevenzione 2010-2012 rappresenta dunque il programma delle azioni da intraprendere in corrispondenza delle priorità nella prevenzione, quali emergono dal quadro epidemiologico locale e dalle attività di sorveglianza condotte.

Il Piano articola gli interventi su quattro aree, quella della medicina predittiva, della prevenzione universale, della prevenzione della popolazione a rischio e della prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia.

Alla luce del prevalere delle patologie cronico-degenerative, cardiovascolari e tumorali, il Piano focalizza in particolare la propria attenzione sulla prevenzione terziaria, chiamata ad intervenire nei percorsi assistenziali in vista di garantire la continuità della presa in carico e l'integrazione degli interventi socio-sanitari. Pare opportuno pubblicare e diffondere il testo del Piano provinciale di prevenzione non solo perché una sua lettura offrirà una sintetica, ancorché densa, visione dello stato dell'arte quanto alla situazione presente e alle prospettive nel campo della prevenzione, ma anche perché diventa, per ciascuno degli operatori e dei cittadini direttamente coinvolti, un utile guida per collocare i contributi dei singoli all'interno di una strategia complessiva che conferisce loro maggior significato e consistenza.

Auspico infine che la presente pubblicazione concorra alla affermazione della cultura della promozione della salute e della prevenzione delle malattie, la strada maestra per vivere a lungo e vivere sani.

Ugo Rossi
Assessore provinciale
alla salute e politiche sociali

Indice

1. Quadro strategico	9
2. Principi ispiratori del Piano provinciale della Prevenzione	11
3. Criticità	12
4. Contesto epidemiologico	13
Introduzione	13
La popolazione	13
Gli stili di vita. I dati del sistema PASSI 2007/2008	16
Percezione dello stato di salute	17
Il fumo di tabacco	18
Il consumo di alcol	18
La guida sotto l'effetto dell'alcol	20
Cinture di sicurezza e casco	20
Stato nutrizionale	21
Consumo di frutta e verdura	22
Attività fisica	23
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (dati preliminari) ...	24
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (dati preliminari)	25
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto (dati preliminari)	26
Carta del rischio cardiovascolare	26
Le principali cause di morte, delle malattie e dei traumi	27
Incidenza di tumori. 1999-2002	28
Principali cause di morte per anni di vita persi.	
Distretto di Trento. 2005-2006	30
Le cinque cause principali di ricovero. Anno 2006	30
Le malattie prevenibili da vaccino	32
Copertura vaccinazione contro il morbillo - Anno 2006	33
Inadempienti alle vaccinazioni	34
Riassunto dei risultati quantitativi	35
Indagine qualitativa	35

Sintesi: l'elenco dei problemi	36
5. Piano provinciale Prevenzione 2007-2009: risultati	37
6. Priorità ed azioni del Piano operativo	39
7. Piano operativo	42
7.1 La sorveglianza epidemiologica a supporto del Piano di prevenzione	42
7.2 I progetti del Piano provinciale di prevenzione 2010-2012: lo sguardo d'insieme	44
Macroarea 1 - La medicina predittiva	49
Macroarea 2 - La prevenzione universale	53
Macroarea 3 - Prevenzione della popolazione a rischio	109
Macroarea 4 - Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia ...	151

1

Quadro strategico

La recente legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16, nel ridefinire l'ordinamento del Servizio sanitario provinciale, pone tra i suoi principi ispiratori l'equità, l'integrazione e la partecipazione e indica, inoltre, quale suo compito primario, la promozione della salute.

Lo strumento principe per perseguire gli obiettivi di salute è naturalmente il piano sanitario provinciale denominato dalla legge "Piano provinciale per la salute".

Il presente Piano di prevenzione sostanzia, anticipandoli, gli orientamenti programmatici in materia di prevenzione, costituendo così parte del prossimo futuro Piano provinciale della salute.

In realtà il Piano provinciale di prevenzione 2010-2012 connette in un quadro organico e coerente l'insieme degli interventi programmati che mirano a confermare e a migliorare le azioni di prevenzione dimostrate efficaci nonché a promuovere azioni innovative a fronte delle aree di maggiore problematicità.

Con la legge provinciale sopra citata è stato istituito il Dipartimento di prevenzione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, avente il compito di garantire la tutela della salute collettiva mediante azioni volte a perseguire obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita. A tal fine il Dipartimento di prevenzione è tenuto ad attuare gli interventi volti ad individuare, far conoscere e rimuovere le cause di rischio per la salute di origine ambientale, umana e animale.

Nel quadro delle direttive provinciali l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, attraverso il Dipartimento di prevenzione e in coordinamento con altre strutture aziendali, realizza attività di prevenzione attraverso:

1. i **Profili di salute di comunità** che, individuando - insieme ai cittadini e alle amministrazioni locali (condivisione delle responsabilità) - i fattori di rischio e i problemi sanitari più rilevanti per ambito territoriale, possono incidere, attraverso iniziative specifiche assunte in ambito locale, sul controllo dei determinanti della salute e sulla creazione di ambienti di vita e lavoro salutari;

1. il **consolidamento dei sistemi di sorveglianza** già implementati: *Sistema PASSI* (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) per il monitoraggio dei comportamenti legati alla salute e dei programmi di prevenzione delle malattie croniche; l'indagine "*Okkio alla salute*" (dedicata all'attività fisica e sovrappeso/obesità dei bambini in età scolare) e HBSC (rivolto agli stili di vita degli adolescenti);
1. la continuazione delle **azioni di sensibilizzazione per l'adozione di stili e comportamenti di vita sani** per prevenire l'insorgere di patologie croniche ed invalidanti o per contenerne gli effetti (alimentazione, attività fisica) e perfezionare i **processi di valutazione degli esiti** di tali attività;
1. il perfezionamento dei **programmi di prevenzione secondaria oncologica**: screening di popolazione per il carcinoma alla mammella, all'utero e al colon-retto;
1. l'adozione del **Piano provinciale per la Prevenzione per il periodo 2010-2012**.

2

Principi ispiratori del Piano provinciale della Prevenzione

È convinzione consolidata che la salute costituisca un aspetto fondamentale della qualità della vita degli individui, ma è anche un bene essenziale per lo sviluppo sociale ed economico.

Il gradiente socio-economico risulta essere il più rilevante fattore esplicativo della quantità e probabilmente della qualità della vita.

Per questo l'approccio intersettoriale, che prevede cioè l'intervento, la collaborazione ed il coordinamento anche con settori diversi dalla sanità, gioca un ruolo fondamentale per migliorare le condizioni di salute della popolazione e, insieme, per ridurre le disuguaglianze di salute.

Da qui la necessità di un'efficace collaborazione e sinergia fra tutte le aree di governo, la cui azione, direttamente o indirettamente, incide sulla salute, pur nel rispetto dei diversi livelli di responsabilità.

Da queste considerazioni nascono i valori e i principi ispiratori delle strategie della Provincia autonoma di Trento nel campo della prevenzione. Essi sono individuati nella equità, integrazione e partecipazione.

Il presente Piano provinciale della prevenzione 2010-2012 si pone dunque come vincolo, ma anche come opportunità di miglioramento della prevenzione, come valore comune e valore solidale, a servizio del benessere della persona e dell'intera comunità ed in tal senso anticipa un aspetto di programmazione sanitaria, il cui strumento principe è dato dal Piano provinciale per la salute, la cui attuazione è prevista dall'art. 13 della legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16.

Fermo restando quanto precede il presente Piano prevede:

- ▶ la **continuazione delle attività** precedentemente svolte confermando le buone pratiche;
- ▶ il **miglioramento della qualità** di alcuni interventi attivati in precedenza consolidando ed estendendo gli obiettivi raggiunti;
- ▶ l'**introduzione di nuovi obiettivi** sulla base del quadro epidemiologico e delle criticità rilevate.

3 Criticità

In linea generale le dimensioni ridotte del territorio e della popolazione residente in Provincia autonoma di Trento rendono più facile la gestione e la realizzazione di progetti e di interventi rispetto a situazioni più complesse presenti in molte regioni italiane. Tuttavia le stesse caratteristiche per certi versi favorevoli, determinano anche una certa criticità rappresentata da una minore disponibilità di esperti a cui affidare l'elaborazione e la conduzione degli stessi progetti.

La stesura e lo sviluppo del Piano di prevenzione cade in un periodo di riordino complessivo del Servizio sanitario provinciale, un processo avviato con l'approvazione della legge provinciale n. 16 il 23 luglio 2010, che, per quanto riguarda la prevenzione, prevede anche l'istituzione del Dipartimento di Prevenzione (vedi sopra), una struttura nuova per la sanità trentina, che necessita di una riorganizzazione dei servizi di assistenza collettiva distrettuali nell'ambito dipartimentale. Da un lato il riordino offre indubbiamente una serie di opportunità, dall'altro comporta anche che, al momento della stesura del presente Piano, non sia possibile prefigurare con esattezza la struttura organizzativa nell'ambito della quale il Piano dovrà essere sviluppato.

Per le criticità specifiche dei progetti si rimanda alle singole schede inserite nel piano operativo.

4

Contesto epidemiologico

Introduzione

I requisiti per un Piano di Prevenzione di buona qualità - elencati nel Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012 - sono la chiarezza, la realistica delle previsioni, la misurabilità, la coerenza interna (il grado di continuità/discontinuità con la programmazione precedente) e la coerenza esterna, cioè quella di essere basato sull'analisi del contesto circostante.

Al fine di disporre di un profilo di salute da applicare nel contesto della costruzione del nuovo Piano provinciale di Prevenzione e per soddisfare il requisito della coerenza interna, sono stati raccolti indicatori limitatamente agli ambiti di indagine contemplati nel precedente Piano della Prevenzione attiva della Provincia di Trento. La presente analisi di contesto si concentra quindi su alcuni indicatori socio-demografici, le principali cause di morte e ricovero, l'incidenza dei tumori, gli incidenti (stradali, domestici e sul lavoro), gli stili di vita ed alcuni interventi di prevenzione (vaccinazioni, screening, carta del rischio cardiovascolare).

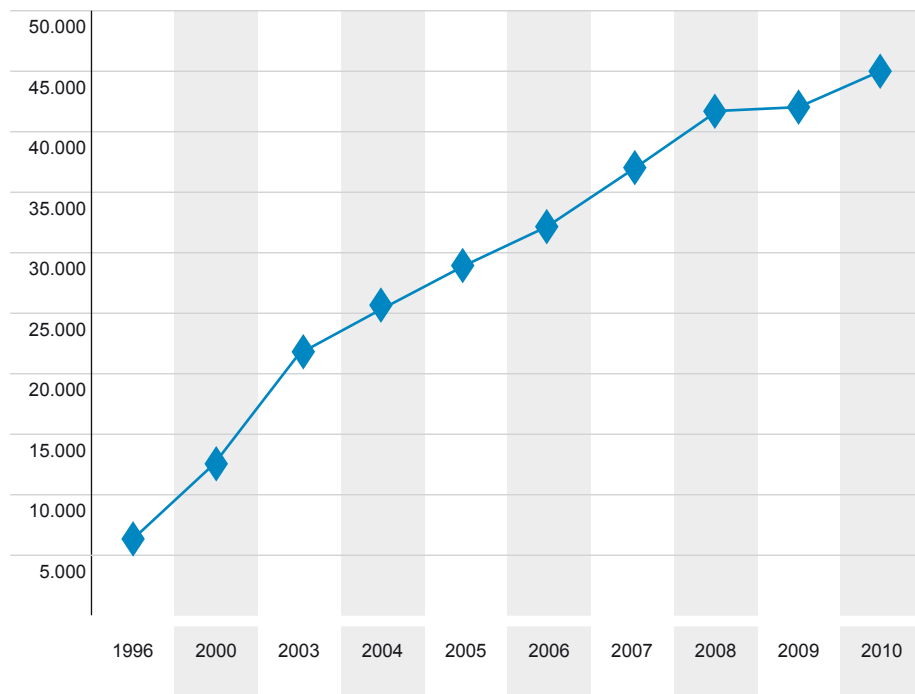
La redazione del profilo permetterà la stesura di un elenco di problemi presenti nella comunità. Questo elenco è stato discusso ed arricchito coinvolgendo la stessa comunità con focus group ed interviste con persone chiave della comunità. A partire dai risultati di questo processo sono stati individuati gli ambiti prioritari di salute e quindi le appropriate linee di intervento proposte nel Piano Nazionale della Prevenzione da realizzare in provincia di Trento.

La popolazione

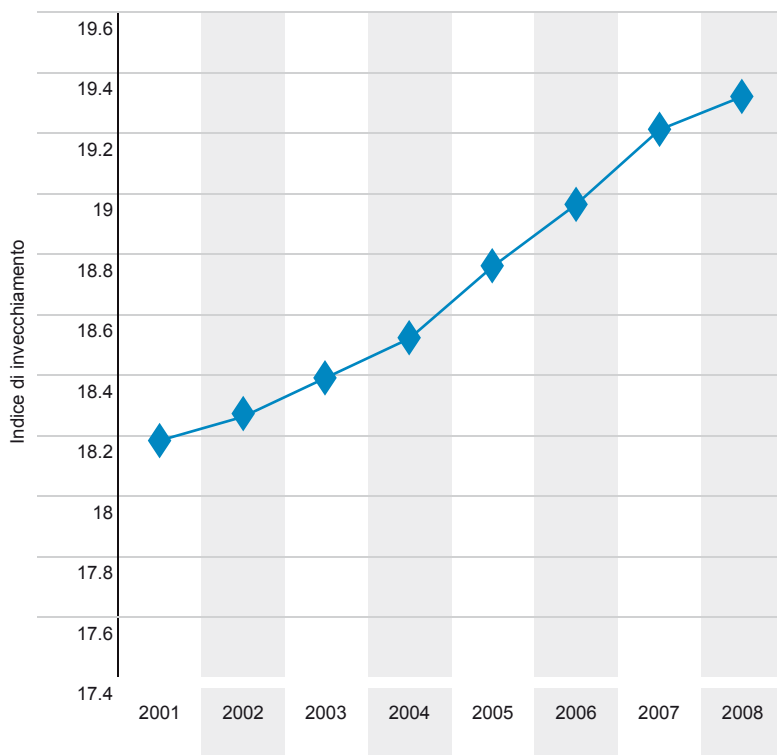
La provincia di Trento comprende 223 Comuni in cui risiedono complessivamente 524.826 persone (al 1.1.2009). Il Comune più importante è Trento con 115.511 abitanti. In provincia al 31.12.2006 risultano 340.270 persone in età lavorativa (15-64 anni), di cui 167.764 donne. Il tasso di disoccupazione del 2007 era del 2,9 (1,8 tra gli uomini e 4,4 tra le donne). Gli stranieri residenti in provincia sono 46.006 (al 1.1.2010) circa il 9% della popolazione.



STRANIERI RESIDENTI (NUMERI ASSOLUTI) IN PROVINCIA DI TRENTO – 1996-2008.



Al 1.1.2009 in provincia abitavano 99.828 persone anziane (65 anni ed oltre). La proporzione di anziani su tutta la popolazione (indice di invecchiamento) è del 19,2%, e segue da anni un trend in aumento. Secondo le previsioni nel 2010 la percentuale di anziani residenti in provincia sarà del 19,5%, nel 2020 del 23,4% e nel 2030 del 28,6%. In altre parole in un futuro non molto lontano oltre un quarto dell'intera popolazione sarà rappresentata da persone anziane.



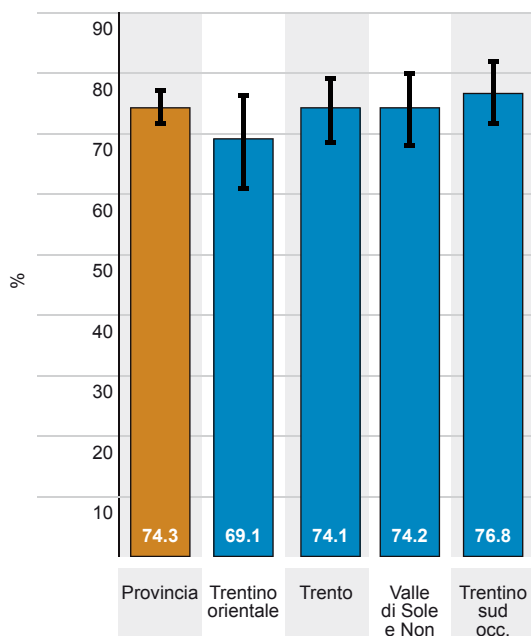
Nel 2008 in provincia sono nati vivi 5.423 bambini per un tasso di natalità (*) di 10,5. Le donne in età fertile nel 2008 erano 119.491, quindi in media le donne in età fertile hanno avuto 1,6 bambini (=tasso di fecondità totale (^)). Nello stesso anno sono morte 4.675 persone per un tasso di mortalità (**) di 9,05. L'età media alla morte nel 2008 era di 79,2 (75,5 negli uomini e 82,7 nelle donne). Un prolungamento di 5,3 anni rispetto al 1990. Nel 2008 sono state effettuate 763 interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) per un tasso di abortività (***) del 6,4. Gli aborti spontanei erano 648 per un tasso di 5,4.

(*) Il rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1000)

(**) Il rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1000)

(***) Il numero di interruzioni per 1000 donne in età feconda (15-49 anni)

(^) Si calcola dividendo il numero dei nati vivi per il numero di donne in età fertile e moltiplicando il risultato per 35 (gli anni tra 15 e 49)



Gli stili di vita. I dati del sistema PASSI 2007/2008

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le malattie croniche (ad esempio malattie del cuore, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie del rene ecc.) sono responsabili dell'86% dei decessi nella regione europea e questo viene confermato anche dai dati riportati in questo profilo per la realtà trentina. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea inoltre il fatto che solo pochi fattori di rischio comportamentali sono responsabili di una grossa quota di queste malattie (in ordine decrescente di importanza: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, elevato consumo di alcol, eccesso di colesterolo, sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura, scarsa attività fisica).

Obiettivo del sistema di sorveglianza Passi (<http://www.epicentro.iss.it/passi/>) è costruire una base di dati specifica per il livello aziendale, per monitorare l'andamento di questi fattori di rischio e degli interventi di prevenzione ad essi orientati. Il sistema si basa sulla conduzione telefonica di interviste mensili ad un campione rappresentativo della popolazione tra i 18 e i 69 anni residente in provincia di Trento. Da aprile 2007 è partita la rilevazione dei dati in 20 Regioni. Dopo un anno di raccolta dati il sistema trentino è in grado di restituire informazioni a livello provinciale (dati raccolti dal primo aprile 2007 al 31 marzo 2008; n=928) e in parte anche distrettuale con i seguenti raggruppamenti:

- ▶ Trento e Valle dei Laghi: n = 278;
- ▶ Trentino orientale (Fiemme, Fassa, Primiero, Alta e Bassa Valsugana): n = 152;
- ▶ Trentino sudoccidentale (Vallagarina, Alto Garda e Ledro, Giudicarie): n = 285;

- ▶ Valle di Sole, Valle di Non (grazie ad un sovracampionamento in questo distretto): n = 213.

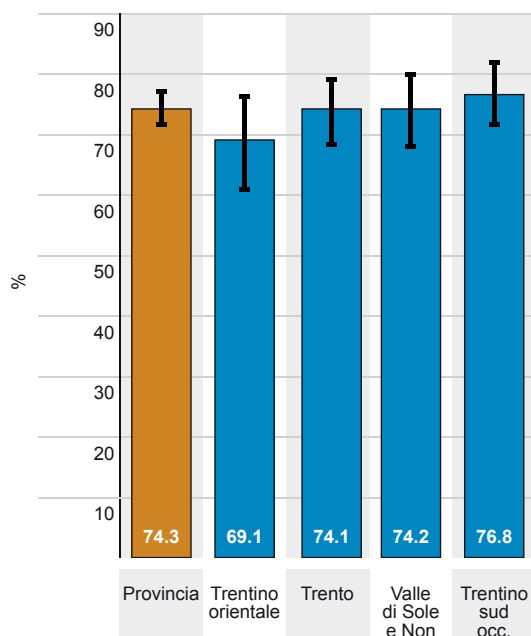
I dati contenuti in questo profilo rappresentano una selezione di dati da un report che tratta gli argomenti in maniera più dettagliata e che comprende anche altri ambiti di salute (salute mentale, ipertensione, alto livello di colesterolo) qui non trattati e a cui si rimanda per ulteriori informazioni.

Percezione dello stato di salute

La relazione tra salute e qualità di vita percepita è stata oggetto di numerosi studi che hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità.

In Trentino il 74% della popolazione tra i 18 e i 69 anni dichiara di sentirsi “molto bene” o “bene”, il 24% si sente discretamente e solo il 2% si sente “male” o “molto male”. La percentuale di persone con una percezione di buona salute risulta maggiore in chi non ha difficoltà economica, decresce con l’aumentare dell’età ed è minore in persone che dichiarano di avere una malattia. Queste differenze risultano statisticamente significative anche in un modello multivariato. Non si osservano invece differenze tra uomini e donne. Nessuna area si discosta in maniera statisticamente significativa dai valori provinciali. Tra l’insieme delle altre ASL partecipanti al sistema Passi a livello nazionale la percentuale di persone che si sente “bene” o “molto bene” è del 65%.

PERSONE CHE VALUTANO MOLTO BENE O BENE IL PROPRIO STATO DI SALUTE. SISTEMA PASSI 2007/08



Il fumo di tabacco

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronic-degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

In Trentino i fumatori rappresentano il 24% della popolazione tra i 18 e i 69 anni. L'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini (28%) che nelle donne (19%) e tra le persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche (37%) rispetto a coloro che dichiarano di non averne (20%). Queste differenze risultano statisticamente significative anche in un modello multivariato che prende in considerazione età, istruzione, sesso e difficoltà economiche. Poco più della metà (53%) dei fumatori che sono stati dal medico ha ricevuto il consiglio di smettere.

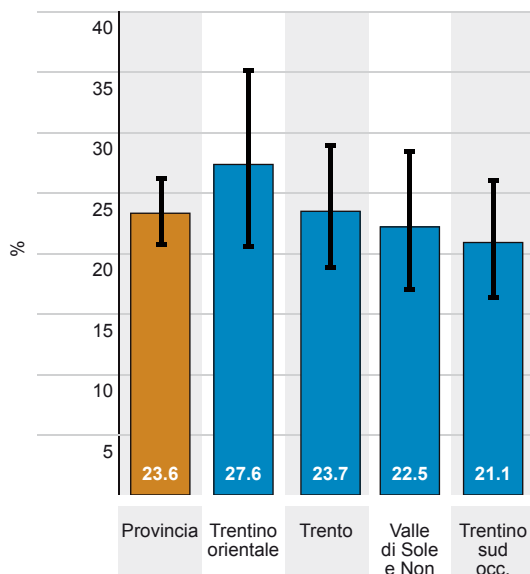
Il divieto di fumo nei locali pubblici e sul luogo di lavoro viene rispettato sempre o quasi sempre per il 96% e 94% degli intervistati rispettivamente.

Non si osservano particolari differenze tra i diversi distretti.

Definizione OMS di fumatore: persona che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno.

Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti al sistema a livello nazionale la prevalenza dei fumatori è del 28%, quella degli ex-fumatori del 21% e quella dei non-fumatori del 51%

FUMATORI. SISTEMA PASSI 2007/08



Il consumo di alcol

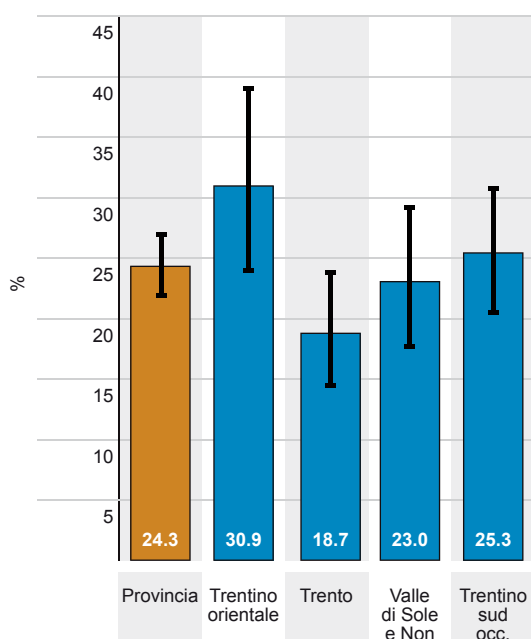
Secondo l'OMS, le persone a rischio di sviluppare problemi alcol-correlati, oltre a particolari gruppi ai quali è raccomandato astenersi completamente dal bere

(alcohol-free situations(*)), sono quelle che bevono fuori pasto, i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche -lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore- al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne) e quelle che indulgono in grandi bevute o binge (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione). Per unità di bevanda alcolica si intende una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

In provincia il 68% della popolazione tra i 18 e i 69 anni beve bevande alcoliche (87% degli uomini e 50% delle donne), il 6% circa della popolazione può essere considerato un forte bevitore, il 15% beve fuori pasto e l'11% è un bevitore binge. Complessivamente il 24% ha un consumo a rischio (o forte consumo, o fuori pasto o binge).

Il consumo a rischio varia tra le diverse aree considerate. Nessuna area si discosta in maniera statisticamente significativa dai valori provinciali, tuttavia la percentuale del Trentino orientale risulta significativamente più elevata rispetto a quella del distretto di Trento. Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti al sistema a livello nazionale la prevalenza dei bevitori a rischio è del 17%.

BEVITORI CON CONSUMO A RISCHIO. PASSI 2007/08



(*) Sul lavoro, sulla strada, in gravidanza ed allattamento, in età infantile ed adolescenziale, in presenza di patologie acute e croniche, durante l'uso di farmaci, in caso di dipendenza da alcol o altre sostanze

La guida sotto l'effetto dell'alcol

Un fenomeno particolarmente preoccupante associato al consumo di bevande alcoliche è la guida sotto l'effetto dell'alcol.

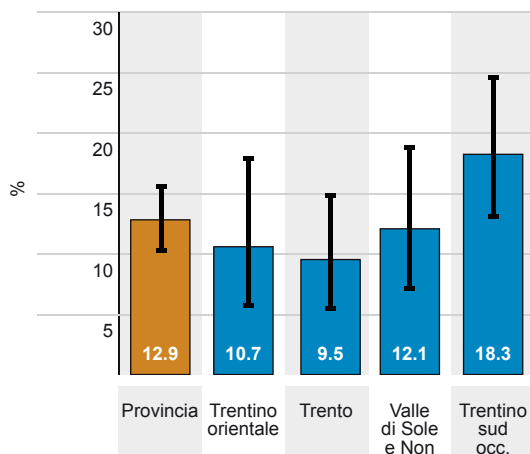
La guida sotto l'effetto dell'alcol è definita come guida entro un'ora dopo aver bevuto 2 o più bevande alcoliche.

Considerando solo i bevitori che hanno guidato nell'ultimo mese in Trentino il 13% circa degli intervistati dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol. Questo comportamento è più frequente negli uomini ed in chi ha un basso livello di istruzione.

Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti al sistema a livello nazionale la prevalenza della guida sotto l'effetto dell'alcol è del 13,9%.

Il valore più elevato si registra in Trentino sudoccidentale, tuttavia le differenze non raggiungono significatività statistica.

GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL. PASSI 2007/08



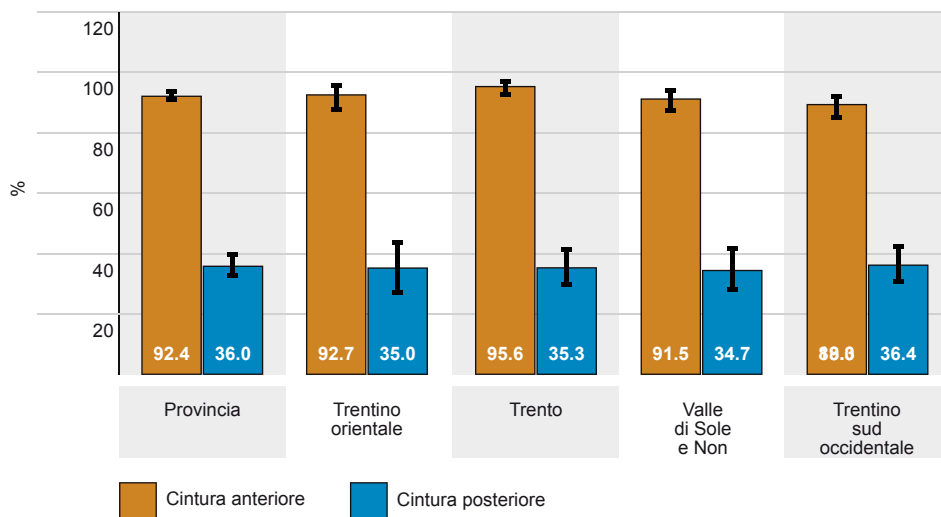
Cinture di sicurezza e casco

In Trentino il 92% della popolazione tra i 18 e i 69 anni dichiara di mettersi sempre la cintura di sicurezza quando viaggia in macchina sui sedili anteriori. Tuttavia solo il 36% allaccia sempre la cintura posteriore.

Tra chi va in moto il 97% dichiara di mettersi sempre il casco.

Non si osservano particolari differenze tra i diversi distretti.

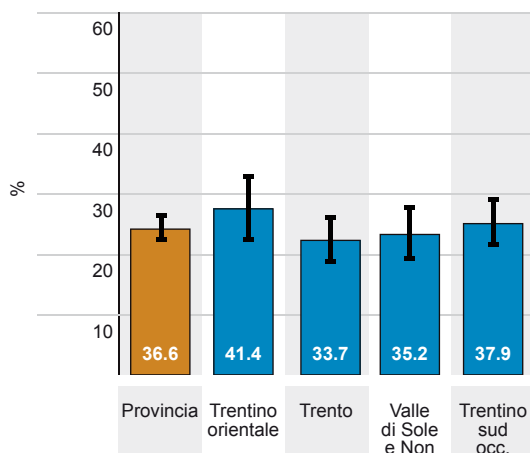
Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti al sistema a livello nazionale risulta un 84% di persone che allaccia sempre la cintura anteriore ed un 22% di chi si mette sempre la cintura posteriore.



Stato nutrizionale

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie pre-esistenti, accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità. In Trentino il 27% della popolazione tra i 18 e i 69 anni risulta essere in sovrappeso ed il 9% è obesa. L'eccesso ponderale (essere sovrappeso o obesi) è più frequente negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e aumenta con l'aumentare dell'età. Queste differenze risultano statisticamente significative anche in un modello multivariato che prende in considerazione età, istruzione, sesso e difficoltà economiche. Il 51% delle persone in sovrappeso ed il 12% delle persone obese ritiene che il proprio peso sia "più o meno giusto" ed il 77% dei sovrappeso ed il 70% degli obesi ritiene che ciò che mangia faccia bene alla propria salute. Il 70% delle persone in eccesso ponderale dichiara di aver ricevuto dal medico il consiglio di perdere peso, tuttavia solo il 38% ha ricevuto il consiglio di praticare più attività fisica.

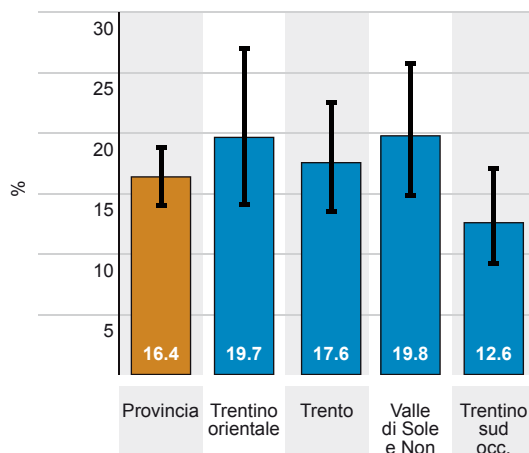
Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, Body Mass Index - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18.5), normopeso (BMI 18.5-24.9), sovrappeso (BMI 25-29.9), obeso (BMI ≥ 30). L'eccesso ponderale comprende le ultime due categorie. Non si osservano particolari differenze tra i diversi distretti. Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti al sistema Passi a livello nazionale risulta un 31% di persone in sovrappeso ed un 11% di obesi, quindi un 42% di persone con eccesso ponderale.



Consumo di frutta e verdura

È riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di diverse malattie: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

PERSONE CHE CONSUMANO ALMENO 5 PORZIONI DI FRUTTA E VERDURA AL GIORNO. SISTEMA PASSI 2007/08



In Trentino il 16% della popolazione tra i 18 e i 69 anni consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ed il 41% consuma 3 o 4 porzioni. L'abitudine di mangiare molta frutta e verdura è più diffusa nelle donne e nelle persone con

più elevato livello di istruzione. I giovani (da 18 a 35 anni di età) ne consumano invece meno rispetto alla altre fasce di età.

Queste differenze risultano statisticamente significative anche nel modello multivariato.

Per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura, il Trentino sudoccidentale ha la prevalenza più bassa della provincia, tuttavia le differenze non risultano statisticamente significative.

Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti al sistema Passi a livello nazionale il 10,5% di persone riferisce di mangiare almeno 5 porzioni di frutta e verdura.

Attività fisica

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima infatti che riduca di circa il 10% la mortalità per tutte le cause.

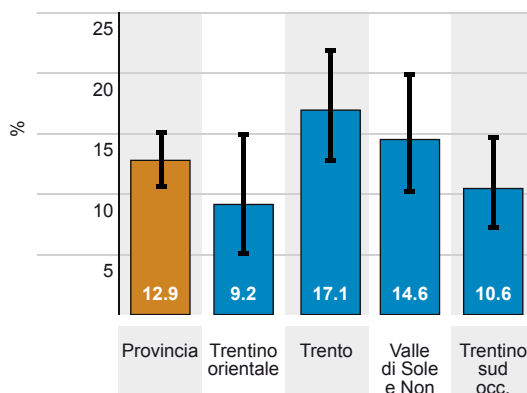
Le persone attive presentano un rischio notevolmente ridotto di andare incontro a patologie di tipo cardiovascolare, ictus ischemico, diabete tipo 2, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta.

In Trentino il 41% della popolazione tra 18 e 69 anni risulta fisicamente attivo (fa un lavoro pesante oppure aderisce alle raccomandazioni), il 46% risulta parzialmente attivo ed il 13% risulta completamente sedentario. Il 23% dei sedentari ritiene che il proprio livello di attività fisica sia sufficiente.

La sedentarietà aumenta leggermente con l'aumentare dell'età ma in Trentino non risultano associazioni con il genere, l'istruzione o la situazione economica. Il 43% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 37% dei casi.

Le differenze osservate nei diversi distretti non raggiungono la significatività statistica.

PERSONE COMPLETAMENTE SEDENTARIE. SISTEMA PASSI 2007/08



Livello di attività fisica raccomandato:

30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni.

Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti al sistema Passi a livello nazionale il 26% degli intervistati risulta essere completamente sedentario.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (dati preliminari)

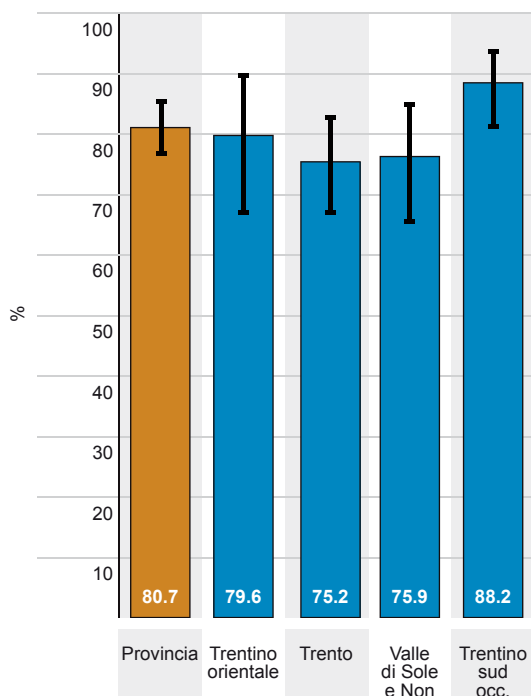
Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni.

Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Lo screening si basa sul Pap-test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni. In Trentino il programma di screening è stato attivato nel 1993.

In Trentino circa l'81% delle donne intervistate di 25-64 anni (n=364) ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo (all'interno o al di fuori del programma di screening) in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Il 13% ha eseguito un Pap-test da oltre 3 anni ed il 6% riferisce di non aver mai eseguito un pap-test.

Le differenze osservate nei diversi distretti non raggiungono la significatività statistica.

DONNE 25-64 ANNI CHE HANNO EFFETTUATO PAP-TEST ENTRO I TRE ANNI. SISTEMA PASSI 2007/08



Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti al sistema Passi a livello nazionale la percentuale di donne che ha effettuato un Pap test entro i tre anni è risulta del 74%.

Un'analisi complessiva delle regioni settentrionali dell'Italia ha fatto emergere una percentuale significativamente minore di donne straniere sottoposta al Pap-test (65% di straniere vs. 81% delle italiane).

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (dati preliminari)

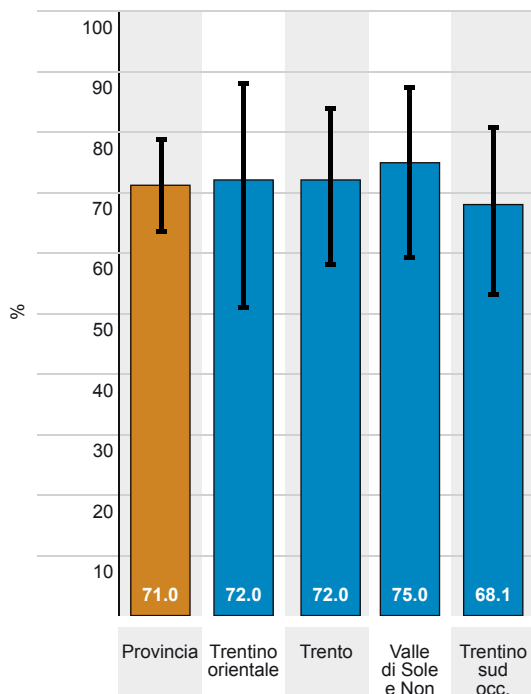
Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia. Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre significativamente la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni.

In Trentino il programma di screening è stato attivato nel 2000 (pilota) e passato a regime nel 2001.

In Trentino circa il 71% delle donne intervistate di 50-69 anni (n=162) ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva (all'interno o al di fuori del programma di screening) in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida.

Il 19% ha eseguito una mammografia da oltre due anni ed il 10% riferisce di non aver mai eseguito una mammografia.

DONNE 50-69 ANNI CHE HANNO EFFETTUATO UNA MAMMOGRAFIA ENTRO I DUE ANNI. SISTEMA PASSI 2007/08



La mammografia viene eseguita più frequentemente in maniera statisticamente significativa da donne senza difficoltà economiche (significatività confermata dall'analisi multivariata di regressione logistica). Le differenze osservate nei diversi distretti non raggiungono la significatività statistica.

Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti al sistema Passi a livello nazionale la percentuale di donne che hanno eseguito una mammografia entro i due anni risulta del 71%.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto (dati preliminari)

I tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici da 50 a 69 anni di età sono la ricerca di sangue occulto nelle feci (ogni 2 anni) e la colonscopia (in caso di positività del test); questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando sono maggiori le probabilità di guarigione.

In Trentino il programma di screening è stato avviato in dicembre del 2007 (distretto Giudicarie e Rendena) e a maggio 2008 (Alta e Bassa Valsugana e Primiero). Prevede la ricerca del sangue occulto come primo livello e la colonscopia in caso di positività del test. Entro il 2008 verrà coperto anche il distretto Vallagarina. Entro il 2009 il programma verrà esteso al resto della provincia. I dati raccolti dal sistema Passi da aprile 2007 a marzo 2008 rappresentano quindi sostanzialmente la situazione pre-screening.

Grazie alla continuità della raccolta dati del sistema Passi sarà possibile monitorare la copertura dello screening (all'interno e fuori dal programma) nella popolazione target. In Trentino circa l'8% delle persone intervistate di 50-69 anni (n=303) ha riferito di aver effettuato la ricerca di sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni ed il 15% riferisce di aver effettuato una colonscopia negli ultimi 5 anni. Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti al sistema Passi a livello nazionale il 22% ha eseguito la ricerca del sangue occulto ed il 9% riferisce di aver effettuato una colonscopia.

Carta del rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti). La carta del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Per questo motivo il piano di prevenzione attiva ne prevede una sempre maggior diffusione anche mediante iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale. Attualmente interventi concreti

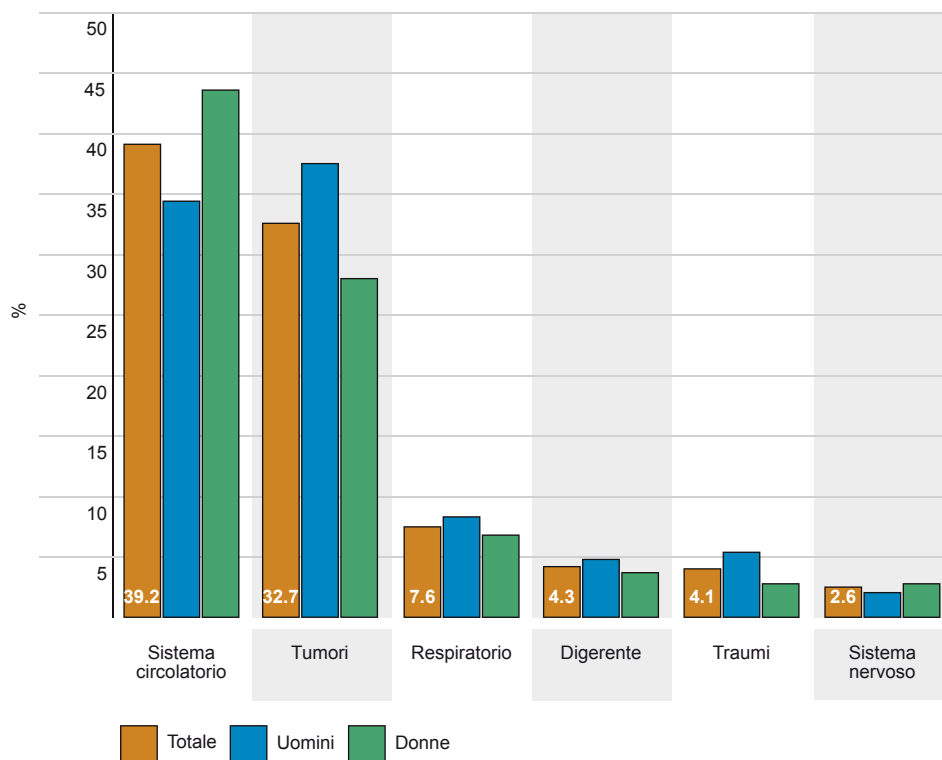
per diffondere maggiormente l'uso della Carta del Rischio sono in fase di avvio in alcuni distretti. In Trentino la percentuale di persone intervistate tra i 35 ed i 69 anni che riferiscono di essere state valutate tramite il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata solo del 4 %. Tra l'insieme delle altre ASL partecipanti al sistema Passi a livello nazionale il 6% degli intervistati riferisce di essere stato valutato tramite la carta del rischio dal proprio medico.

Le principali cause di morte, delle malattie e dei traumi

Le cause principali di morte. Distretto di Trento. 2005-2006

Le cause principali di morte sono le malattie cardiovascolari e i tumori, seguiti dalle malattie dell'apparato respiratorio e del tubo digerente. In quinta posizione traumi ed avvelenamenti, seguiti dalle malattie nervose. Si evidenziano le seguenti differenze tra i due sessi: prima causa negli uomini sono i tumori, mentre nelle donne sono le malattie cardiovascolari. I traumi sono una causa di morte più importante negli uomini.

La percentuale di morti per diabete è del 2,4% (3,2 nelle donne e 1,5 negli uomini). La percentuale di morti per malattie cerebrovascolari (ictus) è del 7,8% (9,6 nelle donne e 5,9 negli uomini).



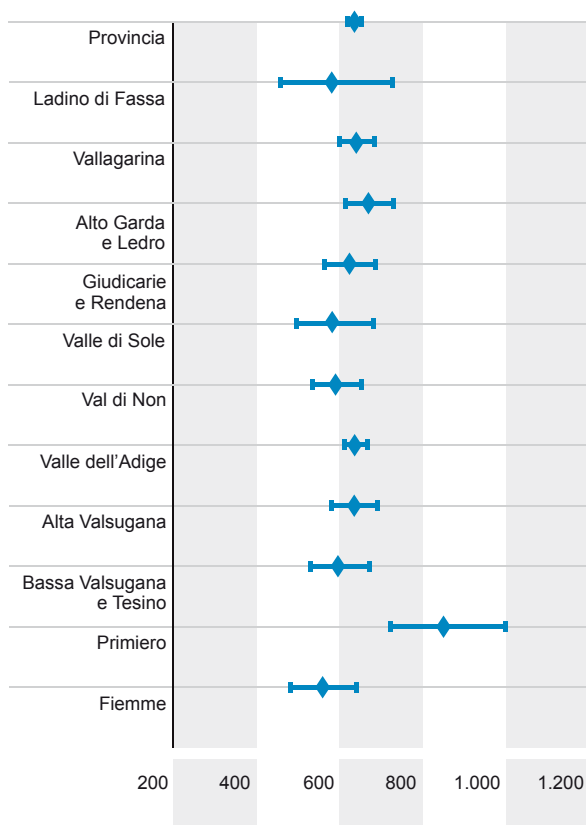
Incidenza (*) di tumori. 1999-2002

I tumori più frequenti nel sesso maschile, con esclusione dei tumori cutanei non melanomi, sono quelli della prostata (849 casi, pari al 15,3%), seguiti dai tumori colo-rettali (748, 13,5%), dai tumori del polmone (704, 12,7%) e dell'apparato urinario (707, 12,7%).

Nel sesso femminile, si conferma la predominanza dei tumori della mammella (1.438 casi, pari al 29,2%), seguiti dal tumore del colon-retto (655, 13,3%), dell'apparato genitale (441, pari al 8,9%) e dell'apparato urinario (282, pari al 5,7%).

I decessi per tumori più frequenti nel sesso maschile sono i tumori del polmone

DISTRIBUZIONE CASI INCIDENTI (TUTTE LE SEDI) PER COMPRESORIO 1999-2002 MASCHI (TASSI PER 100.000 ABITANTI, POP. STANDARD: POP. PROVINCIALE AL CENSIMENTO 2001)



(*) Incidenza: il numero di nuovi casi di malattia che si verificano in una specifica popolazione in un periodo definito

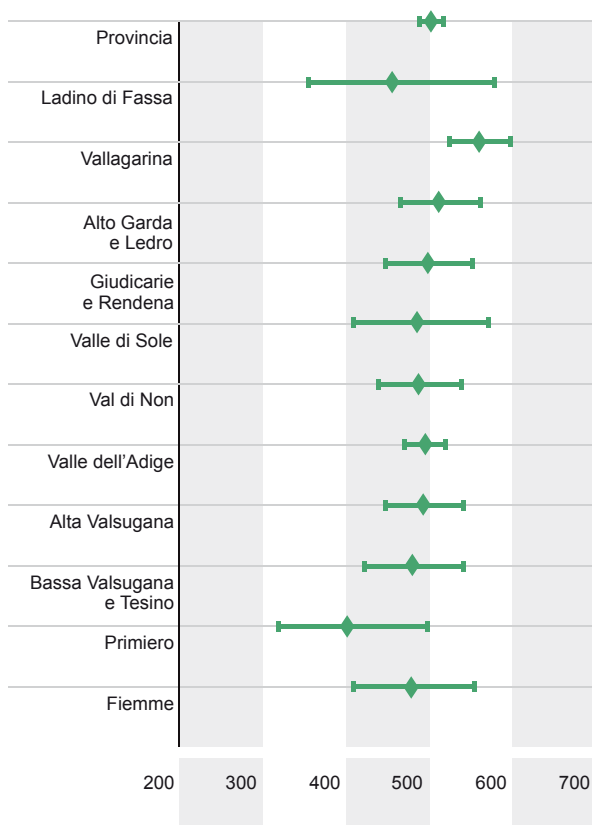
Tratto da: L'incidenza dei tumori in provincia di Trento, anni 1999-2002, Dati del Registro Tumori di popolazione a cura di Piffer S., Franchini S., Battisti L., Cappelletti M., Gentilini M.A.

(con 785 casi, pari al 24,9%), seguiti dai tumori colo-rettali (322, 10,3%), della prostata (280, 8,9%) e dell'apparato urinario (245, 7,8%).

Nel sesso femminile, si conferma la predominanza dei tumori della mammella (431 decessi, pari al 18,2%), seguiti dai tumori colo-rettali (313, 13,2%), ematologici (215, pari al 9,2%) e polmonari (215, pari al 9,2%)

Si rileva nel sesso maschile un'incidenza maggiore, statisticamente significativa, rispetto al valore medio provinciale nel comprensorio del Primiero.

DISTRIBUZIONE CASI INCIDENTI (TUTTE LE SEDI) PER COMPRESORIO 1999-2002 FEMMINE (TASSI PER 100.000 ABITANTI, POP. STANDARD: POP. PROVINCIALE AL CENSIMENTO 2001)



Nel sesso femminile si evidenzia un'incidenza maggiore, statisticamente significativa, rispetto al valore medio provinciale nel comprensorio della Vallagarina. Comunque l'analisi della distribuzione comprensoriale per singola sede evidenzia solo minime variazioni. Nei maschi si registra:

- ▶ un eccesso per le neoplasie del colon e delle cute non melanoma nel comprensorio della Valle dei Laghi;
- ▶ un eccesso per le neoplasie del retto nel comprensorio della Vallagarina;

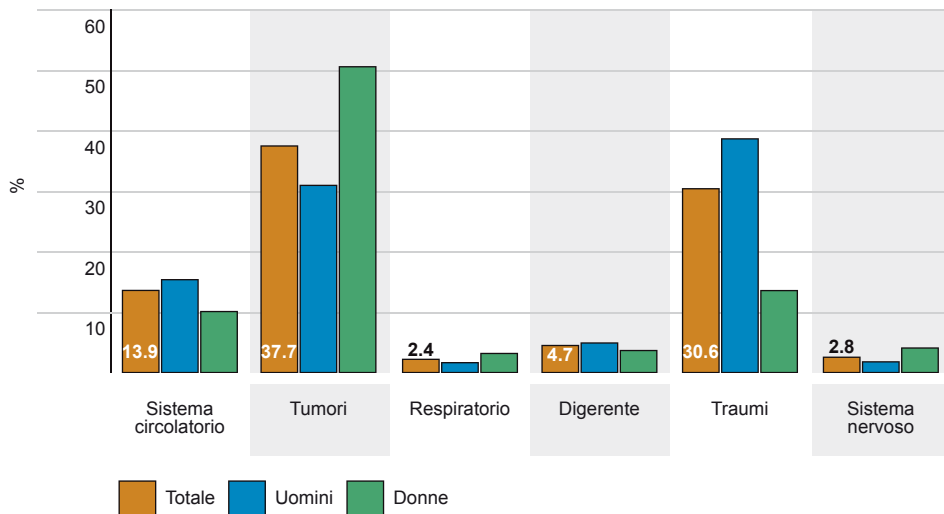
► un eccesso per le neoplasie della vescica nel comprensorio del Primiero;
Nelle femmine si registra un unico eccesso per le neoplasie della cute non melanoma del comprensorio del Primiero.

Principali cause di morte per anni di vita persi. Distretto di Trento. 2005-2006

Considerando i decessi prematuri definiti come casi di morte prima del compimento del 65esimo anni di vita (esclusi i decessi per malformazioni congenite) si nota come la graduatoria delle principali cause cambia.

Considerando uomini e donne insieme al primo posto si trovano i tumori, seguiti dai traumatismi e dalle malattie cardiovascolari.

Per i maschi sono i traumi occupano il primo posto, ancora prima dei tumori. Nelle donne invece prevalgono nettamente i tumori.



Le cinque cause principali di ricovero. Anno 2006

Uomini

Le cause principali di ricovero sono le malattie del sistema circolatorio seguite dalle malattie del tubo digerente e del sistema nervoso.

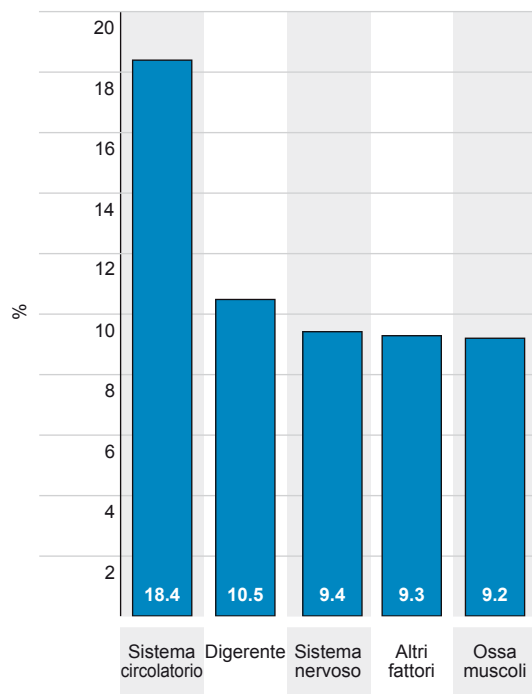
Gli altri fattori, in quarta posizione, comprendono le chemio e radio-terapie, interventi su protesi (anca, ginocchio) ed altri dispositivi (valvole cardiache, fissatori interni). Al sesto posto i traumi (9,1%).

Donne

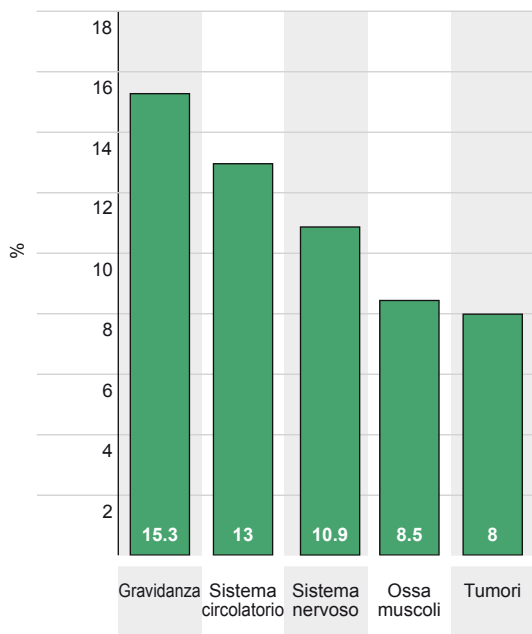
Nelle donne il motivo principale di ricovero è la gravidanza e le complicazioni del parto.

A differenza degli uomini in quinta posizione sono collocati i tumori.

UOMINI



DONNE

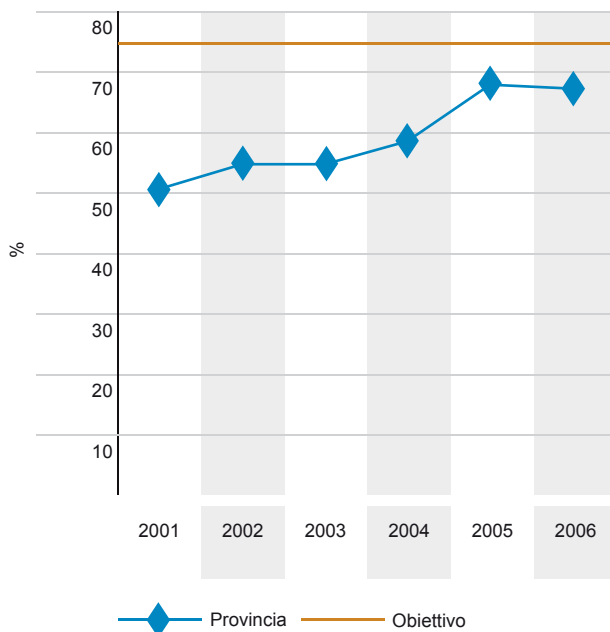


Le malattie prevenibili da vaccino

Copertura vaccinazione anti-influenzale in persone di 65 anni e oltre 2001-2006

La vaccinazione della popolazione anziana con il vaccino contro l'influenza è migliorata nel corso degli anni ma resta ancora sotto lo standard fissato dal Piano Nazionale Vaccini (75% della popolazione bersaglio).

In provincia di Trento la copertura del 2006 risulta del 67,5%

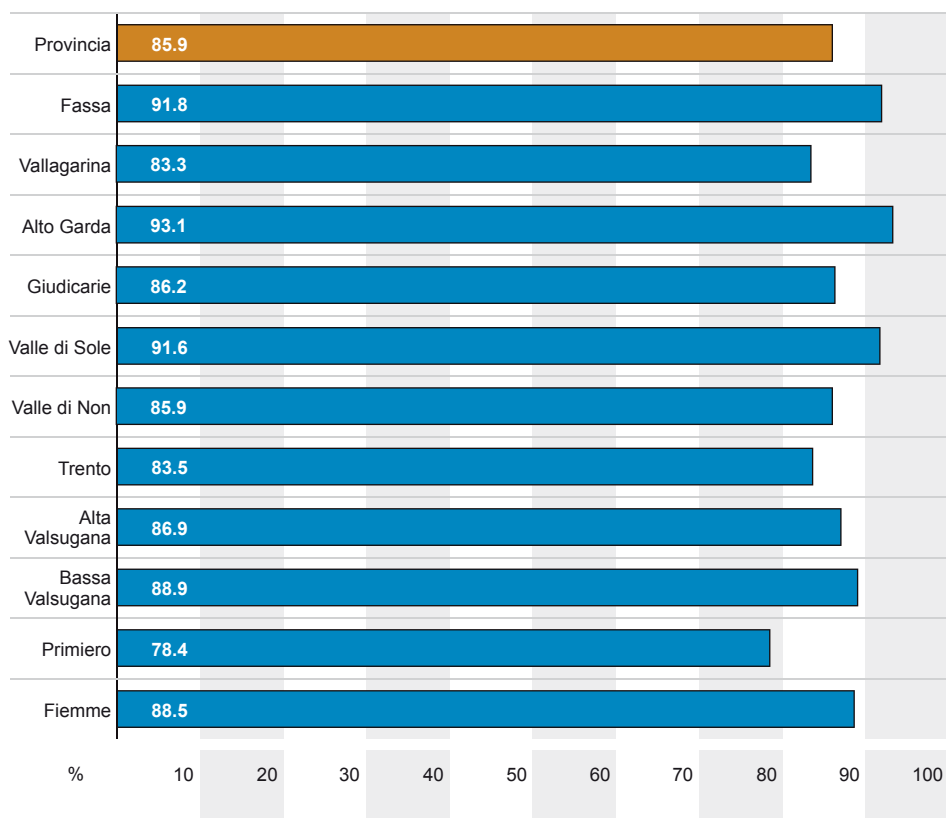


Copertura vaccinazione contro il morbillo - Anno 2006

La copertura con vaccino contro il morbillo a 24 mesi di età non è uniforme nel territorio provinciale.

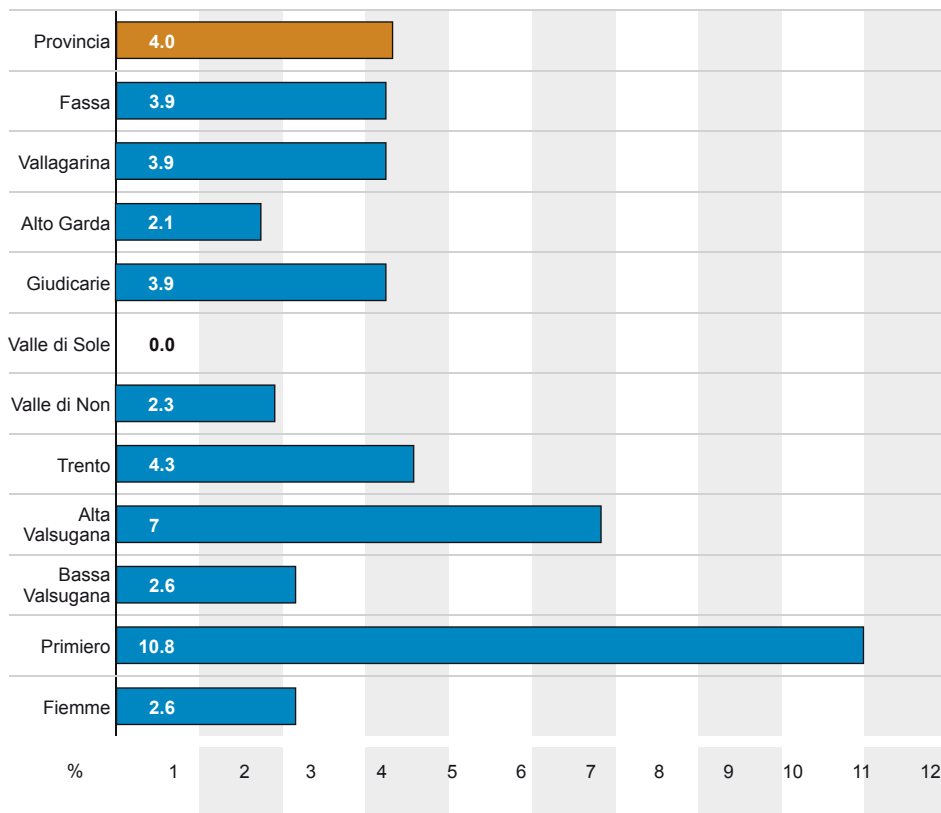
A livello provinciale il livello di copertura (in provincia il 85,9%) è ancora lontano dall'obiettivo del 95%.

Per contro le coperture vaccinali per il tetano (vaccinazione obbligatoria) è superiore al 95% in tutti i distretti.



Inadempienti alle vaccinazioni

Nell'anno 2006 in provincia di Trento, sono risultati inadempienti ad almeno una delle vaccinazioni obbligatorie il 4% dei genitori di bambini da vaccinare.



Riassunto dei risultati quantitativi

Lo stato di salute della popolazione trentina risulta complessivamente buono. La popolazione si sente meglio che in altre regioni italiane, fuma di meno, rispetta di più la legge che vieta di fumare nei locali pubblici e sul lavoro, indossa di più cinture di sicurezza e casco, è meno sedentaria, consuma più frutta e verdura ed è meno in sovrappeso o obesa.

Tuttavia è importante sottolineare come questi risultati siano solo relativamente positivi: in Trentino circa 1 persona su 4 fuma (ed 1 giovane su 3), un quarto della popolazione ha un consumo di alcol ad elevato rischio, il 13% di chi beve dichiara di guidare sotto l'effetto dell'alcol, solo un terzo della popolazione indossa la cintura di sicurezza quando viaggia sui sedili posteriori, più di un terzo della popolazione è in eccesso di peso, solo il 40% pratica una sufficiente attività fisica e meno di un quinto consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno. Inoltre si registra anche in Trentino per alcuni fattori di rischio un gradiente socio-economico che vede penalizzati i ceti meno abbienti.

Indagine qualitativa

In provincia di Trento, nell'ambito del progetto "Profili di salute" è stata realizzata, tra febbraio e maggio del 2009, un'indagine qualitativa attraverso la conduzione di interviste semi-strutturate a persone chiave di tutti i Distretti sanitari, al fine di conoscere cosa intendono per salute i diversi portatori d'interesse presenti nella comunità, quali sono i problemi di salute percepiti come più importanti sul loro territorio ed i motivi per i quali i suddetti problemi vengono percepiti come tali. Sono state condotte 65 interviste con registrazione audio coinvolgendo i seguenti gruppi di interesse:

- ▶ sindaci/amministratori (13)
- ▶ commercianti (2)
- ▶ anziani (5)
- ▶ insegnanti (5)
- ▶ studenti (4)
- ▶ religiosi (4)
- ▶ giovani (3)
- ▶ imprenditori (5)
- ▶ donne (4)
- ▶ sindacalisti (4)
- ▶ immigrati (4)
- ▶ lavoratori (4)
- ▶ forze dell'ordine (4)
- ▶ operatori del volontariato (4)

Sintesi: l'elenco dei problemi

Dall'insieme dei dati quantitativi e qualitativi raccolti si ritiene pertanto di poter individuare i seguenti problemi di salute.

PROBLEMA EMERSO	NOTE
Fumo di tabacco	Troppi fumatori nella popolazione Troppi fumatori soprattutto nei giovani Gli operatori sanitari non consigliano a tutti i fumatori di smettere
Consumo di alcol a rischio	Grande diffusione del consumo ad alto rischio di alcol
Scarsa sicurezza stradale	Frequente guida sotto l'effetto dell'alcol Scarso utilizzo della cintura di sicurezza posteriore
Cattiva alimentazione	Elevata prevalenza persone in eccesso ponderale Scarsa percezione del proprio peso (soprattutto negli uomini) Gli operatori sanitari consigliano poco di perdere peso e di fare attività fisica Scarso consumo di frutta e verdura Scarsa percezione della qualità del cibo consumato
Sedentarietà	Scarso attività fisica
Accesso non ottimale agli screening femminili	Soprattutto un problema delle donne straniere
Morti premature per traumi negli uomini	
Morti premature per tumori nelle donne	
Infortuni	Infortuni sul lavoro Incidenti stradali Incidenti domestici
Malattie infettive prevenibili da vaccino	Copertura vaccinazione antinfluenzale anziani insufficiente Copertura vaccinazione antimorbillo insufficiente Inadempienti vaccinali: numero relativamente basso, ma da monitorare
Rischio cardiovascolare	Scarso uso della carta del rischio da parte dei medici di medicina generale
Salute dell'anziano	
Problemi psico-sociali	Disuguaglianze Solitudine Crisi economica

5

Piano provinciale Prevenzione 2007-2009: risultati

Nel 2005 è stato approvato ed avviato, a livello nazionale, il Piano di prevenzione attiva 2005-2007. Sebbene la Provincia autonoma di Trento non fosse tenuta formalmente all'adozione di un Piano provinciale di prevenzione attiva, in relazione al fatto che non usufruisce con le altre Regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale vincolate all'esecuzione delle attività di prevenzione attiva in corrispondenza e sintonia con il Piano nazionale di prevenzione, è parso opportuno operare – nel corso del 2006 - un riallineamento a tale strumento e alla sua metodologia operativa.

Pertanto, con provvedimento della Giunta provinciale n. 2340 del 10 novembre 2006, è stato approvato il documento denominato "Piano provinciale di prevenzione attiva 2007-2008".

Tale Piano di prevenzione ha, da una parte, operato un riallineamento di quelle attività di prevenzione e promozione della salute, già in essere da alcuni anni in Provincia di Trento, maggiormente orientate al contrasto ai principali determinanti di malattia ed alla creazione di contesti in grado di rendere più facili le scelte salutari; dall'altra ha permesso di avviare attività nuove e di provata efficacia. Nell'ambito della **prevenzione delle patologie cardiovascolari**, la Provincia autonoma di Trento ha:

- ▶ aderito al Progetto Cuore (Istituto Superiore di Sanità), formando all'utilizzo della carta e del calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare circa un quarto dei medici di medicina generale a livello provinciale;
- ▶ proposto alle scuole della provincia i progetti "La Girandola" e "15.000 passi e 5 colori, la matematica dei sapori" che promuovono la corretta alimentazione e l'attività fisica;
- ▶ aderito al sistema nazionale di sorveglianza su sovrappeso ed obesità, "Okkio alla salute";
- ▶ rivisto integralmente la pubblicazione aziendale "Alimentazione sana a scuola e in famiglia", tenendo conto dei nuovi orientamenti nelle proposte di menù settimanali;

- ▶ sostenuto la realizzazione di laboratori di cucina salutare rivolti alla popolazione in generale, in collaborazione con i cuochi degli istituti alberghieri provinciali;
- ▶ sostenuto la realizzazione di percorsi salutari nei Comuni che si sono resi disponibili, per facilitare l'attività fisica nelle fasce deboli di popolazione (anziani, bambini, persone sole);
- ▶ realizzato due centri anti-fumo (trento e Rovereto) per aiutare le persone che intendono smettere di fumare.

Nell'ambito della **prevenzione delle patologie tumorali**, sono stati fatti degli interventi migliorativi sui programmi di screening già implementati da anni a livello provinciale (mammografia e pap-test) ed è stato avviato, e poi esteso su tutto il territorio, lo screening per il carcinoma del colon-retto.

Nell'ambito della **prevenzione degli incidenti**, le attività hanno riguardato:

- ▶ gli incidenti stradali, con un progetto rivolto agli autotrasportatori e promuovendo l'utilizzo del seggiolino per il trasporto dei bambini in auto;
- ▶ gli incidenti domestici, con l'inserimento del minimum data set SINIACA nel programma gestionale dei Pronto Soccorso e del 118 e la campagna d'informazione/sensibilizzazione sui rischi che si possono correre in ambito domestico;
- ▶ gli incidenti sul lavoro, con le attività previste nel Piano di prevenzione provinciale.

Nell'ambito delle **vaccinazioni**:

- ▶ è stato aggiornato il software che gestisce l'anagrafe vaccinale;
- ▶ è stata promossa la vaccinazione anti-rosolia verso le donne suscettibili;
- ▶ è stata promossa la vaccinazione anti papilloma virus verso le adolescenti.

Il sistema di sorveglianza PASSI è stato individuato come strumento fondamentale per il monitoraggio della salute, dei fattori di rischio e determinanti della salute finalizzato alla programmazione e valutazione degli interventi di sanità pubblica, comprese molte delle attività previste nel Piano.

Tutte le iniziative di prevenzione sono state realizzate, per quanto possibile, nell'ottica dell'intersectorialità, cercando di ottenere la partecipazione di tutte le parti interessate, provando ad uscire dall'ambito sanitario e tentando di coinvolgere diversi enti, istituzioni, associazioni.

L'adozione del programma "Guadagnare salute in provincia di Trento" ha permesso, da un lato, di dare continuità a quanto avviato con il Piano provinciale della prevenzione - fino a poterlo "raccordare" con il nuovo piano - dall'altro, di optare sempre più per la strategia de "La salute in tutte le politiche".

Questa, per quanto complessa e bisognosa di una regia forte, si è dimostrata la strategia vincente per garantire efficacia e sostenibilità a tutte le attività di promozione della salute.

6

Priorità e azioni del Piano operativo

I principi guida per la stesura del Piano provinciale prevenzione 2010-2012 sono rappresentati:

- ▶ dal raccordo delle attività con il quadro strategico;
- ▶ dalla continuazione delle attività precedentemente svolte confermando le buone pratiche;
- ▶ dal miglioramento della qualità di alcuni interventi attivati in precedenza consolidando ed estendendo gli obiettivi raggiunti;
- ▶ dall'introduzione di nuovi obiettivi sulla base del quadro epidemiologico e delle criticità rilevate;
- ▶ dallo sviluppo di ciascuna macroarea del Piano nazionale di prevenzione con un numero congruo di progetti;
- ▶ dalla messa a regime dei sistemi di sorveglianza previsti nel Piano nazionale di prevenzione;
- ▶ dall'individuazione, per ciascun progetto, di indicatori specifici che consentono la valutazione nel 2011 e 2012.

In base a questi principi guida sono stati individuati i seguenti progetti di seguito specificati.

Macroarea 1 "La medicina predittiva"

Data la scarsa diffusione della carta del rischio cardiovascolare è stato individuato come ambito di interesse prioritario in questa area un progetto che miri ad una maggiore diffusione di questo strumento, con particolare attenzione all'individuazione di assetti organizzativi tali da rendere più facile l'adesione dei medici di medicina generale al progetto.

Macroarea 2 "La prevenzione universale"

In continuità con il precedente Piano e in linea con l'analisi epidemiologica, in quest'area è stato posto l'accento sui fenomeni infortunistici (sulla strada, sul

lavoro e in ambito domestico) con progetti intersettoriali e multidisciplinari. Nel contempo viene data continuità alla sorveglianza epidemiologica degli incidenti stradali arricchita dall'ambito degli infortuni per incidente stradale che serve anche per la valutazione di un progetto specifico di prevenzione rivolto agli autotrasportatori.

Per quanto riguarda la prevenzione delle malattie infettive è stato possibile individuare una serie di attività finalizzate ad un miglioramento di attività già consolidate da tempo. Si è scelto di focalizzare l'attenzione:

- ▶ sull'introduzione di una serie di innovazioni nel monitoraggio delle coperture vaccinali, finalizzate a rendere il sistema vaccinale più funzionale ed efficiente anche in vista dell'abolizione dell'obbligo vaccinale;
- ▶ sull'istituzione di un centro di riferimento provinciale per la tipizzazione di ceppi batterici responsabili di malattie invasive al fine di ottimizzare la sorveglianza epidemiologica di tali patologie, inclusa la stima della quota di casi prevenibili da vaccino;
- ▶ sull'offerta attiva della vaccinazione anti-influenzale a persone a particolare rischio in età pediatrica;
- ▶ sulla vaccinazione delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia ;
- ▶ sulla prevenzione delle malattie infettive correlate all'assistenza sanitaria;
- ▶ sulla prevenzione di malattie infettive a trasmissione sessuale.

Nell'ambito della promozione della salute attraverso sani stili di vita sono stati inseriti una serie di progetti che fanno capo al programma ministeriale "Guadagnare Salute". In questo ambito viene ritenuto prioritario intervenire al fine di ridurre il consumo ad alto rischio di alcol, con particolare attenzione ai giovani ed alla guida sotto effetto dell'alcol;

- ▶ sostenere i fumatori desiderosi di smettere (il 40% dei fumatori secondo il sistema Passi) attraverso la messa a regime di centri anti-fumo;
- ▶ sostenere il mondo scolastico nell'educazione alla salute dei giovani (su alcol, droghe, alimentazione e attività fisica) investendo molto sul metodo dell'educazione tra pari e sull'adozione di un codice di comportamento da parte delle scuole finalizzato a promuovere la salute;
- ▶ rendere la scelta di praticare attività fisica più facile attraverso l'istituzione di percorsi dedicati e l'attività "prescrittiva" da parte dei medici di medicina generale;
- ▶ rendere disponibile, in maniera tempestiva ed integrando i diversi flussi informativi, tutti i dati utili per tenere informati cittadini e decisori sulla diffusione di stili di vita salutari nella popolazione.

Macroarea 3 "Prevenzione della popolazione a rischio"

Anche in questa area è stato possibile investire soprattutto sul miglioramento di attività già consolidate, come per esempio gli screening per patologie tumorali. In questo ambito il Piano prevede due interventi, uno finalizzato alla riduzione

dello screening opportunistico del tumore della cervice uterina ed un altro per il miglioramento della conoscenza e dell'adesione agli screening femminili da parte delle donne straniere residenti in provincia di Trento, per le quali era stata evidenziata una minore adesione rispetto alle donne italiane.

Per quanto riguarda le altre cause di morte e malattia più frequenti, le malattie cardiovascolari e le malattie respiratorie, si è deciso di coinvolgere il mondo della clinica, con un duplice obiettivo: a) includere nella rete della prevenzione anche professionisti che se ne sentono solitamente estranei e b) affrontare anche qualche aspetto di assistenza e di prevenzione terziaria nel Piano di prevenzione, anche in considerazione dell'importanza che ne viene dato proprio dai cittadini (risultati dall'analisi qualitativa con focus group ed interviste).

Il miglioramento diagnostico e terapeutico finalizzato alla prevenzione di ricadute è quindi oggetto di tre progetti (sull'infarto miocardico, sull'ictus e sulle BPCO) di questa macroarea.

Tra le cinque cause più frequenti di ricovero si trovano le malattie osteo-articolari. Tali patologie meritano un approfondimento epidemiologico, inserito nel Piano, al fine di una stima più precisa del carico di malattia e di conseguenza dei bisogni di salute a cui far fronte con approcci terapeutici adeguati.

In continuità con il Piano precedente si è ritenuto necessario inserire anche un progetto finalizzato alla gestione dei pazienti diabetici che finora si trovano di fronte ad approcci non standardizzati.

Per quanto riguarda la popolazione con disagi mentali il Piano prevede un progetto sulla depressione ed uno finalizzato al riconoscimento precoce di casi di disturbo alimentare.

Macroarea 4 "Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia"

L'evoluzione demografica della popolazione va verso un progressivo invecchiamento. Come illustrato nel capitolo del contesto epidemiologico, in un futuro non molto lontano oltre un quarto dell'intera popolazione sarà rappresentata da persone anziane.

Diventa quindi fondamentale disporre di informazioni sistematiche e dettagliate sulla salute, sui bisogni della popolazione anziana e sulla qualità dell'assistenza offerta al fine di individuare le priorità di azione. A tal fine nel Piano è stata inserita la sperimentazione di un'indagine epidemiologica (Passi d'Argento) promossa a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità.

Dato l'elevato numero di RSA e di anziani ospiti in RSA in provincia di Trento è stato scelto di inserire nel Piano un progetto sulla sorveglianza della qualità clinico assistenziale dei servizi delle RSA stesse, al fine di individuare e diffondere standard minimi e best-practices.

7

Piano Operativo

7.1. La sorveglianza epidemiologica a supporto del Piano di prevenzione

Il sistema sanitario provinciale si avvale di flussi informativi molto ricchi e di buona qualità. Per quanto riguarda la prevenzione assumono particolare importanza, oltre ai flussi sanitari assistenziali (archivio PS, SDO, registri di patologia e di mortalità) il sistema di sorveglianza PASSI, le indagini Okkio alla Salute, HBSC e Passi d'Argento. Nel loro insieme essi coprono le diverse fasi di vita (infanzia, adolescenza, età adulta e senescenza).

a. Il sistema di monitoraggio PASSI

Passi, il cui significato è "Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia", è un sistema di monitoraggio della popolazione adulta al quale collaborano tutte le Regioni e Province autonome. Esso è coordinato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto Superiore di Sanità. L'obiettivo di questo sistema di monitoraggio è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione.

Personale delle Aziende sanitarie specificamente formato effettua interviste telefoniche (in Trentino dal 2007 circa 60 interviste al mese) utilizzando un questionario standardizzato, ad un campione rappresentativo della popolazione tra 18 e 69 anni. Si tratta di un sistema ben avviato in Trentino che ha dimostrato la sua validità e verrà pertanto sostenuto e confermato anche per il Piano Provinciale della Prevenzione 2010-2012.

Per maggiori informazioni, visita il sito www.epicentro.iss.it/passi; Risultati trentini (rapporti e schede): www.epicentro.iss.it/passi/sorvRisultati.asp.

b. OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE è un'indagine sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) che permette l'acquisizione di informa-

zioni su alcuni parametri antropometrici, abitudini alimentari e attività fisica. La realizzazione del progetto è affidata alle Regioni e alle Asl, in collaborazione con la scuola, e il coordinamento al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss). L'indagine viene realizzata ogni 2 anni (in Trentino è stato condotto nel 2009) attraverso: la registrazione delle misure antropometriche degli alunni delle scuole primarie (peso e altezza); la raccolta di informazioni sull'ambiente scolastico, sulle attività formative riguardanti l'attività fisica e la nutrizione svolte dalla scuola in autonomia o in collaborazione con altre istituzioni; la raccolta di informazioni sulle abitudini alimentari, sull'attività fisica e la sedentarietà dagli alunni delle scuole primarie, effettuata tramite un semplice questionario riempito dai bambini in classe; la raccolta di informazioni sulle abitudini alimentari, sull'attività fisica e la sedentarietà dei bambini, effettuata tramite un questionario indirizzato ai genitori. Per maggiori informazioni, visita il sito: www.epicentro.iss.it/okkio-allasalute/default.asp.

c. Lo studio HBSC

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa. Lo studio si caratterizza come un network di ricercatori, Università e Istituzioni governative coordinate da un comitato di gestione costituito da membri eletti dei Paesi rappresentati.

L'HBSC fa parte, come OKkio alla SALUTE, del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali/CCM, in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

In Trentino è stato condotto nel 2009 e dovrà essere ripetuto ogni 5 anni. L'HBSC viene svolto attraverso la raccolta di informazioni sull'ambiente scolastico, effettuata tramite un questionario indirizzato ai dirigenti scolastici, sulle attività formative riguardanti l'attività fisica e l'alimentazione svolte dalla scuola in autonomia o in collaborazione con altre istituzioni; la raccolta di informazioni, attraverso un questionario autocompilato nelle scuole dai ragazzi di età 11, 13 e 15 anni, relativamente a: comportamenti correlati con la salute (alimentazione, igiene orale, attività fisica e sedentarietà, comportamenti a rischio, abitudini sessuali, violenza e infortuni); la salute ed il benessere individuale; il contesto sociale; il contesto ambientale di sviluppo delle competenze relazionali comportamenti collegati alla salute. Per maggiori informazioni, visita il sito www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/hbsc-gyts/hbsc-gyts.asp.

d. Passi d'Argento

Per contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno della fascia di popolazione anziana (> 65) è necessario favorire il miglioramento delle condizioni familiari, sociali e urbanistiche, attraverso interventi di promozione, di prevenzione e di assistenza. La carenza di risorse impone la razionalizzazione degli interventi e la disponibilità di informazioni sistematiche e dettagliate sulla salute e i bisogni della popolazione anziana e sulla qualità dell'assistenza offerta al fine di individuare le priorità di azione. Nella provincia di Trento, come nel resto del Paese, si registra una generale mancanza di informazioni in tal senso. Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie ha di recente sostenuto la sperimentazione, in 17 fra Regioni e Province autonome italiane, di un sistema di monitoraggio della disabilità e del rischio di disabilità negli anziani, chiamato Passi d'Argento. Pur avendo partecipato alla formazione la Provincia di Trento non ha per ora implementato il sistema nel proprio territorio. Si è quindi deciso di inserire l'avvio del sistema come progetto vero e proprio all'interno del Piano di prevenzione 2010-2012, nell'ambito della linea di intervento generale 4.2 Prevenzione e Sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza.

e. Uso integrato delle informazioni derivante dai flussi informativi

Al fine di potenziare l'utilità dei dati derivanti dalla sorveglianza e da altri flussi informativi è opportuno prevedere, laddove è possibile, l'uso integrato delle diverse fonti informative nella preparazione di report, schede, diapositive, comunicati ecc. e di raccordare maggiormente le attività di prevenzione e di promozione della salute con le evidenze prodotte dalla sorveglianza sia nella programmazione sia nella valutazione degli esiti. A tal fine è stato istituito un gruppo di lavoro specifico. Per rafforzare l'attività di tale gruppo il Piano provinciale di prevenzione, nell'ambito della linea di intervento 2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate, prevede un progetto che ha l'obiettivo di predisporre e realizzare un piano di comunicazione sugli stili di vita che prevede l'uso integrato di tutti i flussi informativi disponibili.

7.2. I progetti del Piano provinciale di prevenzione 2010-2012: lo sguardo d'insieme

Macro Area 1

Linea di intervento 1.1

Progetto 1.1.1

La medicina predittiva

Valutazione del rischio individuale di malattia estensione dell'uso della carta del rischio cardiovascolare

Macro Area 2

Linea di intervento 2.1

La prevenzione universale

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

Progetto 2.1.1	la sorveglianza degli incidenti stradali in provincia di Trento
Progetto 2.1.2	la prevenzione degli infortuni di lavoro per incidente stradale (autotrasporto)
Linea di intervento 2.2	Prevenzione degli eventi in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate
Progetto 2.2.1	definizione del Programma di Legislatura in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro
Linea di intervento 2.3	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico
Progetto 2.3.1	prevenzione delle cadute degli anziani nelle civili abitazioni
Linea di intervento 2.4	Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione
Progetto 2.4.1	miglioramento del monitoraggio delle coperture vaccinali
Progetto 2.4.2	sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione dei batteri responsabili di malattie infettive prevenibili con vaccinazione
Progetto 2.4.3	migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio
Linea di intervento 2.5	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria
Progetto 2.5.1	prevedere protocolli di intervento per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria di dimostrata efficacia, valutandone l'effettiva applicazione e le ricadute epidemiologiche
Linea di intervento 2.6	Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni
Progetto 2.6.1	peer education per la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili
Linea di intervento 2.7	Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici
Progetto 2.7.1	prevenzione delle patologie da esposizione ad agenti chimici nei prodotti immessi sul mercato, commercializzati ed in uso (regolamento reach)

Linea di intervento 2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate
Progetto 2.9.1	produrre e rendere disponibili in maniera integrata i risultati della sorveglianza di popolazione
Progetto 2.9.2	prevenzione obesità: 15.000 passi + 5 colori = la matematica dei sapori
Progetto 2.9.3	diffusione ed utilizzo dei percorsi salutari con coinvolgimento dei medici di medicina generale per ridurre la sedentarietà
Progetto 2.9.4	riduzione dei consumatori di alcol a rischio – Progetto alcol, pub e disco
Progetto 2.9.5	riduzione della percentuale di fumatori abituali – Centri antifumo
Progetto 2.9.6	prevenzione uso di sostanze – Confronto/informazione sul possibile significato dell'uso di sostanze stupefacenti in adolescenza e sulla dinamica relazionale adulto/adolescente
Progetto 2.9.7	prevenzione uso di sostanze - Gruppi di discussione mirati alla comprensione e alla gestione di situazioni di disagio
Progetto 2.9.8	prevenzione uso di sostanze - Educazione fra pari sulla prevenzione del consumo di sostanze psicotrope
Progetto 2.9.9	la scuola che promuove la salute

Macro Area 3

Linea di intervento 3.1	Prevenzione della popolazione a rischio Tumori e screening
Progetto 3.1.1	miglioramento della conoscenza e dell'adesione agli screening femminili da parte delle donne straniere residenti in provincia di Trento
Progetto 3.1.2	contrastare lo screening opportunistico del tumore della cervice uterina
Linea di intervento 3.2	Malattie cardiovascolari
Progetto 3.2.1	migliorare il tempo pre-utic nei soggetti con infarto miocardico ST Sopra (STEMI)
Progetto 3.2.2	qualità dell'assistenza dei pazienti con ictus
Linea di intervento 3.3	Diabete
Progetto 3.3.1	migliorare la gestione ambulatoriale e territoriale dei pazienti diabetici in Valsugana
Linea di intervento 3.4	Malattie respiratorie croniche

Progetto 3.4.1	miglioramento decorso clinico BCPO attraverso incremento dell'appropriatezza dell'uso di broncodilatatori a lunga durata non associati a corticosteroidi
Linea di intervento 3.5	Malattie osteoarticolari
Progetto 3.5.1	individuare la diffusione delle malattie osteoarticolari mediante il monitoraggio del consumo dei farmaci antinfiammatori
Progetto 3.5.2	individuare la diffusione delle malattie osteoarticolari mediante la valutazione delle schede di dimissione ospedaliera
Linea di intervento 3.7	Disturbi psichiatrici
Progetto 3.7.1	lotta alla depressione
Progetto 3.7.2	individuazione dei casi con disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva (<18 anni)
Macro Area 4	Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia
Linea di intervento 4.2	Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza
Progetto 4.2.1	passi d'Argento – Sperimentazione di un sistema di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana in particolare con disabilità e sulla qualità gli interventi assistenziali e socio-assistenziali”
Progetto 4.2.2	la sorveglianza della qualità clinico assistenziale dei servizi delle RSA in Alta e Bassa Valsugana – Ricerca di indicatori di assistenza primaria e specialistica

MACROAREA 1

LA MEDICINA PREDITTIVA

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Estensione dell’utilizzo della carta del rischio cardiovascolare”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“1.1.1. Estensione dell’uso della carta del rischio cardiovascolare”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di 6 fattori di rischio: sesso, età, diabete, fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente che, informato dal medico sugli elementi con i quali ha calcolato il livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di mantenere o correggere i propri comportamenti seguendo le indicazioni del curante.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto di più di quanto sinora fatto, coinvolgendo maggiormente anche i pazienti più giovani e senza fattori di rischio cardiovascolari. Nonostante ciò, la carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare risultano ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici trentini (5% degli intervistati PASSI, senza patologie cardiovascolari, riferisce di aver avuto il calcolo del rischio cardiovascolare).

Scopi generali

Nell’ultimo triennio sono stati formati 90 medici di medicina generale (23% dei medici di medicina generale a livello provinciale).

È importante:

- ▶ continuare la formazione dei medici di medicina generale sull’uso e l’applicazione della carta del rischio cardiovascolare;
- ▶ continuare la raccolta dei dati sui principali fattori di rischio cardiovascolare e sulla valutazione del rischio cardiovascolare;
- ▶ continuare il follow-up attivo sulla popolazione;
- ▶ inserire queste attività nella convenzione dei medici di medicina generale.

Fasi

1. Formazione e sensibilizzazione dei medici di medicina generale
2. Inserimento della carta e del punteggio del rischio cardiovascolare nella convenzione dei medici di medicina generale

Attività

Aderire al Piano di Formazione Nazionale sul Progetto Cuore.

1. Continuare la raccolta dei dati sui principali fattori di rischio cardiovascolare e sulla valutazione del rischio cardiovascolare da parte dei medici di medicina generale già formati sui propri assistiti attraverso il programma CUORE.exe.
2. Continuare il follow-up attivo sulla popolazione da parte dei medici di medicina generale già formati, richiamando le persone a sei mesi o un anno di distanza dalla prima valutazione per valutare nuovamente il rischio cardiovascolare.
3. Inserire l'utilizzo della carta e del punteggio del rischio cardiovascolare nella convenzione dei medici di medicina generale.

Attori

Assessorato alla salute e politiche sociali: Servizio organizzazione e qualità dei servizi sanitari e Servizio formazione dell'Azienda sanitaria; medici di medicina generale.

Criticità

La condizione necessaria per la sostenibilità di tutto il progetto è l'inserimento dell'utilizzo della carta e del punteggio del rischio cardiovascolare nella convenzione dei medici di medicina generale.

6. BENEFICIARI

Popolazione adulta della provincia di Trento; medici di medicina generale.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Informare in maniera più efficace il paziente sul rischio individuale di malattia cardiovascolare, consentendogli di cercare di mantenere o correggere consapevolmente i propri stili di vita. Alimentare la cultura della valutazione e del confronto degli interventi sanitari.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% MMG formati	Servizio formazione Assessorato	23%	50%		80%	
% MMG già formati che utilizzano carta e punteggio del rischio CV	Archivio ISS Cuore.exe	Da acquisire				
% MMG già formati che richiamano le persone a 6 mesi o un anno	Archivio ISS Cuore.exe	Da acquisire				
Inserimento dell'utilizzo della carta e del punteggio del rischio CV nella convenzione dei MMG	Convenzione Medicina Generale	Non presente	Non presente		Presente	

MACROAREA 2

LA PREVENZIONE UNIVERSALE

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“La sorveglianza degli incidenti stradali in provincia di Trento”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.1 Prevenzione di eventi infortunistici in ambito stradale”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.1.1 La sorveglianza degli incidenti stradali in provincia di Trento”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

In Italia la rilevazione dell'incidentalità stradale a livello nazionale è esterna al Servizio Sanitario Nazionale, essendo frutto dell'azione congiunta dei seguenti enti: ACI, Ministero dell'Interno, Polizia Stradale, Carabinieri, Polizie Municipali, Uffici Statistici di Comuni capoluoghi di provincia e di alcune Province, che hanno sottoscritto una convenzione con l'ISTAT finalizzata alla raccolta, al controllo, alla registrazione su supporto informatico e al successivo invio dei dati all'ISTAT. La rilevazione avviene tramite la compilazione del modello ISTAT Ctt/Inc, che raccoglie informazioni necessarie all'identificazione della localizzazione e della dinamica dell'incidente, da parte dell'autorità che è intervenuta sul luogo per ogni incidente stradale in cui è coinvolto un veicolo in circolazione e che comporti danni alle persone. Non in tutti gli incidenti, anche con danni alle persone, è richiesto l'intervento delle forze dell'ordine e questo genera una prima sottostima del problema. Il modello di rilevazione, inoltre, prevede, a partire dal 1999, la registrazione delle persone decedute entro le 24 ore o dal secondo al trentesimo giorno a partire da quello dell'incidente, ma la mancata comunicazione all'ISTAT della situazione sanitaria del ferito è causa di una sottostima del numero di deceduti. Altre criticità connesse a questo tipo di approccio sono: il ritardo nella disponibilità dei dati, la mancanza di una sistematica localizzazione dell'evento, la mancanza di informazioni sul tipo e sull'entità di lesione traumatica che si è venuta a determinare.

In Provincia di Trento esiste dal 2003 un sistema integrato di sorveglianza dell'Incidentalità Stradale che fa riferimento, per il recupero e l'utilizzo a livello locale dei dati di incidentalità stradale (modelli ISTAT CCT/INC) al sistema MITRIS (Metodi informatici predittivi per la mitigazione del rischio da incidenti stradali). La forte componente tecnologica e la complessità organizzativa rendono il sistema MITRIS difficilmente trasferibile ad altre realtà, tanto che, pur divulgato ed illustrato nel tempo ed in occasioni diverse presso varie realtà regionali (anche nel quadro di un specifico progetto di supporto alle regioni del CCM), solo la regione Friuli Venezia Giulia lo sta adottando, oltre la provincia di Trento, quale sistema di riferimento base per il monitoraggio regionale dell'incidentalità stradale.

Questo sistema si basa sull'integrazione a livello di tutta la Provincia di Trento del database delle forze dell'ordine (contenente le informazioni ACI-ISTAT) che

attraverso un sistema denominato webGIS (costituito da un insieme di strumenti hardware e software che associa un riferimento geografico univoco ad un dato evento, posizionandolo univocamente in una mappa e consentendo la rappresentazione contestuale di eventi e coordinate geografiche) viene caricato su un server dedicato e posto su un apposito sito web, consentendo di fornire con precisione le coordinate geografiche dell'incidente (georeferenziazione). Inoltre, attraverso una procedura di interfacciamento semiautomatico, le informazioni fornite dai verbali delle forze dell'ordine vengono integrate successivamente ai dati sanitari messi a disposizione da parte dell'Azienda sanitaria (database del 118, dei servizi di Pronto Soccorso e delle SDO), in modo da poter disporre, per ogni incidente, di informazioni sulle conseguenze sanitarie dell'incidente altrimenti assenti tra i dati raccolti dalle stesse forze dell'ordine.

La descrizione del luogo "geografico" di accadimento degli incidenti stradali non rappresenta solo una variabile utile per la descrizione analitica del fenomeno ma costituisce anche il presupposto per una valutazione della rilevanza del luogo fisico rispetto al rischio di incidentalità. Questo tipo di informazione, importante da un punto di vista epidemiologico diventa di enorme rilevanza sia per chi ha la responsabilità della organizzazione sanitaria, in termini sia di ottimizzazione della risposta sanitaria nella fase acuta dell'intervento (118, Pronto Soccorso) sia di programmazione della eventuale fase riabilitativa (Servizi di Riabilitazione), sia per chi ha la responsabilità della gestione del sistema dei trasporti, della gestione e della manutenzione della circolazione stradale, della regolazione del traffico e del controllo del territorio.

A cadenza annuale, tramite il Servizio Statistica della Provincia di Trento, i dati annuali di Mitris vengono "esportati" secondo il formato e il tracciato record previsto dalla rilevazione ISTAT-ACI ed inviati alla sede centrale ISTAT di Roma. I dati del sistema Mitris sono utilizzati routinariamente, in provincia di Trento, nei seguenti settori:

- ▶ *Settore extrasanitario*: da parte di
 - ▶ Servizio Strade dell'Assessorato provinciale ai lavori pubblici, Ambiente e Trasporti, per sorveglianza del traffico, per il monitoraggio e valutazione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria;
 - ▶ Forze dell'ordine, per il controllo del traffico, per la pianificazione dei criteri di sorveglianza stradale
- ▶ *Settore sanitario*. Nello specifico ambito sanitario i dati routinari di Mitris sono utilizzati a scopo di sorveglianza epidemiologica corrente ai fini di:
 - a. comporre il capitolo annuale sugli incidenti stradali, entro il Rapporto Epidemiologico annuale, predisposto dall'Osservatorio Epidemiologico
 - b. supportare sia con dati "a monte" che con dati "a valle" la pianificazione e la valutazione degli interventi di informazione e sensibilizzazione in merito alla sicurezza stradale del gruppo aziendale multi professionale sulla sicurezza stradale.

Riferendoci allo specifico della sorveglianza, assicurata in via routinaria attraverso il Rapporto Epidemiologico annuale, va detto che il capitolo dedicato agli incidenti stradali contiene i seguenti elementi:

1. i dati di incidentalità ottenuti da Mitris, integrati con i dati nazionali di incidentalità;
2. i dati sui comportamenti alla guida ottenuti dal sistema Passi;
3. i dati relativi agli interventi di Trentino Emergenza-118, per incidente stradale;
4. i dati relativi agli accessi ai Pronto Soccorso provinciali per incidente stradale, estratti dal database annuale dei Pronto Soccorso che in provincia di Trento sono tutti informatizzati;
5. i dati relativi ai ricoveri ospedalieri per incidente stradale, attraverso l'analisi annuale del database delle SDO;
6. i dati di mortalità per incidente stradale ottenuti dal flusso delle schede istat di morte, flusso che è gestito, per le rispettive parti di competenza dal Servizio Statistico della Provincia autonoma di Trento e dall'Osservatorio Epidemiologico dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

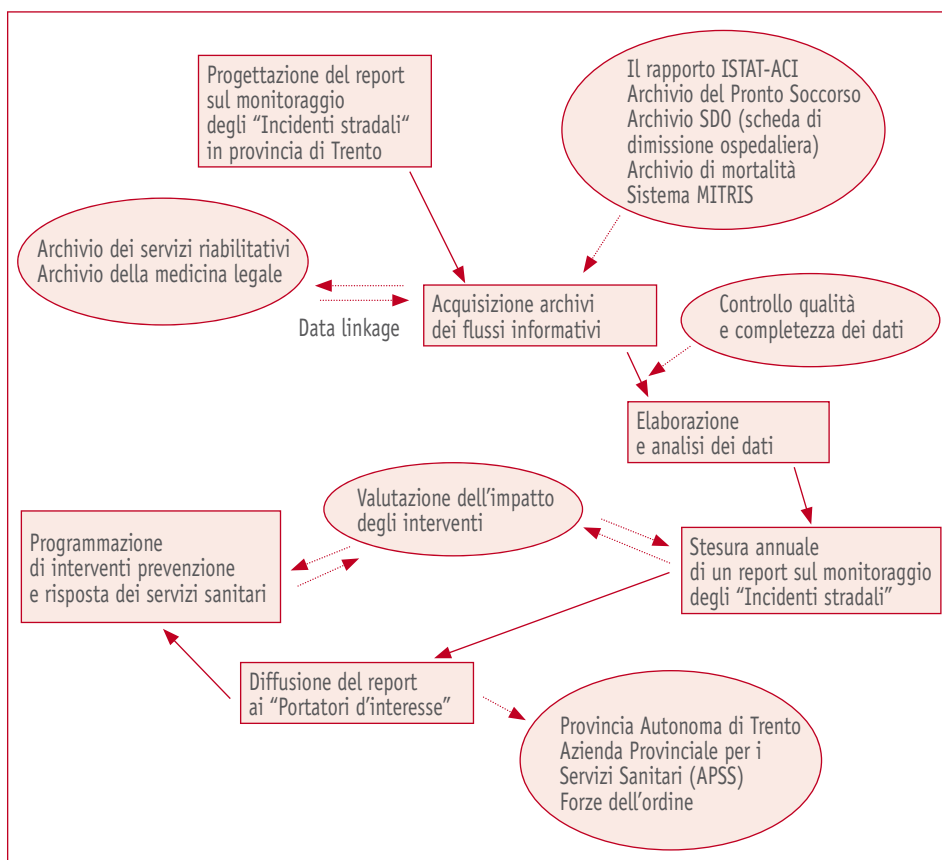
Il rapporto sulla Sorveglianza degli Incidenti Stradali in Provincia di Trento, pur raccogliendo in modo esaustivo tutti i dati disponibili e presentandoli in modo integrato tra loro non permette ancora, in via routinaria, alcuni dettagli di interesse. Tra questi potrebbero essere considerati, anche in relazione a quanto rappresentato dal gruppo aziendale multi professionale sulla sicurezza stradale:

- a. le valutazioni di dettaglio in merito alla tipologia dei veicoli coinvolti negli eventi: con una enfasi da porre sui mezzi pesanti, tenuto conto dell'esistenza di uno specifico progetto aziendale finalizzato a migliorare conoscenze e comportamenti dei conducenti dei mezzi pesanti;
- b. la carenza di valutazione degli esiti a distanza dei soggetti vittime di incidente stradale con stima della disabilità residua (Follow up).

Anche al di fuori quindi della cornice standard del rapporto annuale, la sorveglianza epidemiologica del fenomeno incidenti stradali, in provincia di Trento, potrebbe essere arricchita da una reportistica qualitativa inerente a:

- a. tipologia di mezzi coinvolti, con possibilità in futuro di seguirne gli andamenti anche in relazione per esempio alla stagionalità o alla categoria delle strade;
 - b. tipologia e frequenza degli esiti a distanza con stima della disabilità residua.
- Per questo ultimo aspetto, di elevata rilevanza, tenuto conto anche della carenza di dati nazionali affidabili in merito è ipotizzabile, in via preliminare, la sperimentazione di un "data linkage" tra dati Mitris/dati Sanitari standard con l'archivio dei Servizi di Riabilitazione e con la banca dati sulla disabilità della Medicina Legale. Una volta che un modello sia sperimentato nel corso dell'anno 2011, potrà essere ipotizzato un suo utilizzo routinario o sistematico a partire dall'anno 2012 con il coinvolgimento di tutti gli attori interessati.

Il processo organizzativo seguirà il seguente schema:



Attori

Servizio Osservatorio Epidemiologico, Servizio di Educazione alla Salute e di riferimento per le attività alcoliche, Servizio Sistemi Informativi, Servizio Statistica della Provincia di Trento (Ufficio regionale ISTAT), Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Unità Operativa di Medicina Legale, Servizi di Riabilitazione, MPA Solutions.

6. BENEFICIARI

I beneficiari di un sistema di sorveglianza degli incidenti stradali possono essere distinti in:

a. decisori politici:

- ▶ Provincia autonoma di Trento: Servizio gestione strade, Centro Provinciale per la sicurezza stradale, Servizio Statistica, ai fini di un miglioramento delle competenze tecnico-scientifiche per l'analisi degli strumenti urbanistici con specifico riferimento alla promozione della viabilità sicura gestione del sistema dei trasporti pubblici/privati, della gestione e della manutenzione della circolazione stradale, della regolazione del traffico e valutare l'impatto dei programmi di intervento;

- b. decisori in materia di sicurezza pubblica:
 - ▶ Forze dell'ordine: Carabinieri, Polizia stradale, Polizia municipale ai fini di ottimizzare i controlli sul territorio e valutare l'impatto dei programmi di intervento;
- c. decisori sanitari:
 - ▶ gruppo aziendale multi professionale sulla sicurezza stradale;
 - ▶ Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari: Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Ospedali, Centri di Riabilitazione, ai fini di un miglioramento informativo per le attività di promozione della salute in termini di guida sicura (sensibilizzazione degli utenti all'uso di mezzi di protezione al rispetto dei limiti di velocità alla riduzione della guida sotto influsso di alcool/sostanze stupefacenti) e l'organizzazione della rete di assistenza sanitaria e valutarne l'efficacia.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

L'uso integrato delle diverse fonti potrà permettere la stesura di un report annuale in modo da massimizzarne il potenziale informativo al fine di un miglioramento conoscitivo del fenomeno "incidente stradale" che consenta di programmare interventi di prevenzione mirata, di ottimizzare la risposta dei servizi sanitari e di valutarne l'efficacia. L'analisi e la stima al meglio possibile, della disabilità residua, potrà consentire di valutare l'impatto sui servizi sanitari, i costi per le strutture e gli impatti sui soggetti e sulle loro famiglie.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Sviluppo di una reportistica di dettaglio sulla tipologia dei veicoli coinvolti negli incidenti stradali: enfasi sui mezzi pesanti	Stesura di un report sulla tipologia dei mezzi coinvolti negli incidenti stradali	Non Presente	Presente		Presente	
Sperimentazione di un modello integrato di valutazione della disabilità residua dovuta ad incidenti stradali	Sviluppo procedure Report	Presente	Presente		Presente	
Implementazione di un sistema routinario di verifica della disabilità residuo	Validazione procedure Report	Presente	Presente		Presente	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“La prevenzione degli infortuni di lavoro per incidente stradale (autotrasporti)”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO LINEA DI INTERVENTO

“2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.1.2 La prevenzione degli infortuni di lavoro per incidente stradale (autotrasporti)”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

Una frazione importante di tutti gli incidenti stradali coinvolgono persone che stanno lavorando al momento dell'incidente. La prevenzione di questa quota di incidenti è pertanto ineludibile in ordine al controllo del complessivo fenomeno. D'altra parte, gli incidenti stradali rappresentano un'importante modalità di accadimento di infortuni sul lavoro. In provincia di Trento gli infortuni indennizzati INAIL relativo al triennio 2004-2006 erano 24.580. L'11,3% degli infortuni sono riferibili ad incidenti stradali (n=2.788). Questa modalità di accadimento è importante non solo dal punto di vista quantitativo, ma soprattutto dal punto di vista della gravità degli esiti: la percentuale di infortuni gravi negli incidenti stradali è del 31%, mentre tra gli infortuni non stradali tale percentuale è del 21%. Il rischio relativo legato agli incidenti stradali risulta 1,5 (IC 95% 1,3 – 1,6): in altre parole, la probabilità di avere un infortunio grave è aumentato del 50% in un infortunio stradale rispetto ad altre tipologie di infortunio. Un settore lavorativo particolarmente interessato risulta quello dell'autotrasporto. Gli infortuni in questo ambito coinvolgono oltre al lavoratore anche la popolazione generale.

Obiettivo generale

Ridurre gli infortuni per incidente stradale con coinvolgimento di mezzi pesanti tramite la stesura (coinvolgendo le aziende), diffusione ed applicazione di linee guida sulla corretta gestione del rischio incidente stradale rivolte ad aziende e camionisti.

Attori

Unità operativa di prevenzione e sicurezza ambiente di lavoro, Servizio Educazione alla salute, Osservatorio Epidemiologico, Ufficio rapporti con il Pubblico/Ufficio Stampa dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, dirigenti e responsabili per la sicurezza delle aziende di trasporto, Centro di Studio dei disturbi respiratori nel sonno.

Criticità

La più forte criticità è rappresentata dalle rigidità e dai vincoli imposti dall'organizzazione del lavoro delle aziende del trasporto, ostacoli oggettivi difficilmente superabili tramite azioni implementate da strutture sanitarie in ambito locale. Se, ad esempio, non si riuscisse ad interessare abbastanza i titolari di aziende di trasporto al progetto (anche tramite incentivi appropriati da individuare) l'intero progetto ne sarebbe compromesso.

6. BENEFICIARI

Dirigenti aziende di trasporto, autotrasportatori, popolazione generale

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Diminuire gli infortuni per incidente stradale di mezzi pesanti delle aziende di trasporto trentine

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Disponibilità linea guida	Presenza sul sito APSS	Non presente	presente		presente	
Diffusione della linea guida	Ricevute di ritorno postali	0	0		95%	
Gradimento/applicazione delle linee guida	Indagine di verifica	0	0		50% delle aziende soddisfatte; 30% applicano le linee guida	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Definizione del Programma di Legislatura in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.2 Prevenzione degli eventi in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.2.1 “Definizione del Programma di Legislatura in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

Da circa 10 anni la tematica della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ha costituito una priorità nei programmi di governo delle Legislature provinciali che si sono susseguite, anticipando e rafforzando l'interesse e la graduale presa di coscienza sul fenomeno infortunistico avvenuta anche a livello nazionale. L'impegno che si è profuso in questi anni, attraverso il lavoro del Comitato provinciale di coordinamento (ex art. 7 del D.lgs. n. 81/08), in cui sono rappresentati tutti i soggetti istituzionali e sociali coinvolti nella materia, ha innanzitutto messo in piedi un sistematico metodo di lavoro fondato sulla condivisione intersettoriale e interdisciplinare delle decisioni intraprese, base fondamentale per assicurare l'applicazione e la realizzazione concorde di quanto previsto e quindi la concreta incidenza ed efficacia delle misure intraprese, così come ha portato all'approvazione di importanti documenti strategici di prevenzione (Nuovo Piano operativo provinciale – deliberazione della Giunta provinciale n. 2800/05; Pacchetto sicurezza – deliberazione della Giunta provinciale n. 1300/07; Programma straordinario triennale di controllo e di prevenzione degli infortuni – deliberazione della Giunta provinciale n. 2488/07), nonché di progetti monotematici in specifici e prioritari settori di intervento (nel comparto del porfido, nelle scuole per la diffusione della cultura della sicurezza, nella raccolta della legna, per la diffusione della consapevolezza dell'importanza della sicurezza per i neo assunti in Provincia e in Azienda sanitaria, per l'attenzione alla sicurezza nelle RSA e, da ultimo, il progetto organico riferito al comparto agricoltura).

Scopi generali

Sulla base di quanto realizzato e dei risultati ottenuti anche in termini di riduzione del fenomeno infortunistico, si rende necessaria una valutazione approfondita e complessiva di quanto intrapreso e della situazione attuale sull'andamento del fenomeno, ai fini dell'ulteriore miglioramento in termini di riduzione degli infortuni e delle malattie professionali, in particolare dei casi più gravi e frequenti. L'analisi così intrapresa dovrebbe condurre alla conoscenza del quadro epidemiologico e sociale relativo al fenomeno in oggetto e alla successiva emersione delle priorità da affrontare e dei conseguenti interventi mirati da mettere in campo da proget-

tualizzare in un organico documento (il Programma di Legislatura in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro).

Fasi

1. Analisi qualitativa dei dati aggiornati provenienti dal Rapporto Annuale INAIL 2009 e dai Flussi informativi integrati Regioni – INAIL da parte dell'Osservatorio provinciale per gli infortuni e le malattie professionali (in Azienda sanitaria).
2. Individuazione delle priorità di intervento nei termini il più possibile di dettaglio.
3. Produzione di una relazione dettagliata sull'attività dell'UOPSAL (tipologie di intervento, quante, dove, come vengono effettuate, ecc.).
4. Produzione di una relazione dettagliata riguardante l'insieme dell'attività di formazione alla sicurezza svolta dai vari soggetti competenti (Agenzia del lavoro, Enti bilaterali, ecc.).
5. Analisi dei documenti strategici esistenti sopra citati, per estrapolare le azioni ancora attuali e/o ancora da implementare, in base alle risultanze dei punti precedenti.
6. Progettazione di eventuali ulteriori nuovi interventi.
7. Definizione del Programma di legislatura in materia di salute e sicurezza sul lavoro, da approvare con deliberazione della Giunta provinciale.

Attività

1. L'attività di analisi, raccolta, incrocio ed elaborazione dei dati viene effettuata dall'Osservatorio provinciale in materia, in cui sono presenti personale dell'Azienda sanitaria (UOPSAL) e dell'INAIL.
2. I risultati di questa attività vengono redatti su appositi bollettini a cadenza periodica.
3. A cadenza annuale, l'UOPSAL predispone la Relazione sull'attività svolta dalla stessa.
4. All'interno del Comitato di coordinamento i vari soggetti competenti in materia di formazione dei lavoratori predisporranno una relazione sulla tipologia di attività e su quella effettivamente svolta nell'anno precedente; le varie informazioni provenienti dalle varie fonti verranno raccordate in un'unica relazione (a cura dell'Assessorato), che evidenzierà, tra l'altro, le eventuali criticità riscontrate.
5. La valutazione delle azioni e degli interventi contenuti nei documenti esistenti approvati dalla Giunta provinciale verrà effettuata dall'Assessorato in collaborazione con il Comitato di coordinamento.
6. La progettazione di eventuali nuovi interventi (sulla base delle risultanze dell'analisi dei dati effettuata) verrà effettuata dal Comitato di coordinamento.
7. La redazione del Programma di Legislatura in materia verrà effettuata sulla scorta di quanto emerso dalle attività dei punti precedenti da parte dell'As-

essorato e poi sottoposto al parere del Comitato di coordinamento, prima di essere approvato dalla Giunta provinciale.

Attori

Personale dell'Unità Operativa prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro dell'Azienda sanitaria e dell'INAIL, componenti del Comitato di coordinamento

6. BENEFICIARI

Cittadini lavoratori, in particolare quelli impiegati nei settori a più elevato rischio infortunistico e/o di malattia professionale.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Il progetto è finalizzato al miglioramento qualitativo e quantitativo della salute e la sicurezza di lavoratori. Il progetto pertanto si prefigge una minore incidenza infortunistica e di malattie da lavoro, attraverso la promozione della salute, la prevenzione primaria, secondaria e terziaria (quest'ultima in termini di maggiore assistenza e riabilitazione anche di carattere lavorativo e sociale alle persone già colpite da infortunio o malattia) e la formazione, nonchè attraverso la diffusione e livello comunitario e sociale della cultura della sicurezza.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
<i>Di processo:</i> pubblicazione report Osservatorio sull'analisi degli infortuni 2009 (Rapporto annuale INAIL)	Disponibilità del documento	non presente	presente (dati 2010)	0	presente (dati 2011)	
<i>Di processo:</i> pubblicazione Relazione di attività UOPSALE e quella dell'attività di formazione dei lavoratori	Disponibilità del documento	non presente	presente (dati 2010)		presente (dati 2011)	
<i>Di risultato:</i> approvazione da parte della Giunta provinciale del Programma di legislatura in materia	Disponibilità del documento approvato	non presente	Programma approvato			
<i>Di risultato:</i> implementazione e realizzazione di alcune delle azioni previste dal programma	Riscontro fattuale e/o documentale	--	50% delle azioni previste		100% delle azioni previste	
<i>Di risultato:</i> verifica andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, in particolare di quelli target individuati	Confronto dati annuali standardizzati	--	Presente un documento di confronto dati 2010 - 2009		Presente un documento di confronto dati 2011 - 2010	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Prevenzione delle cadute degli anziani nelle civili abitazioni”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.3.1 Prevenzione delle cadute degli anziani nelle civili abitazioni”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi ergonomici ed infortunistici nelle civili abitazioni, da sviluppare in particolare in collaborazione con gli Enti Locali.

Razionale

Secondo la definizione ISTAT, l'infortunio domestico è un incidente che provoca la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona e che si verifica, in maniera involontaria, in un'abitazione o nelle sue pertinenze, anche se alla stessa contribuiscono le condizioni psicofisiche del soggetto interessato. Pur tenendo conto di alcune imperfezioni nel sistema di registrazione, si stima che ogni anno siano circa 4.500.000 gli infortuni domestici in Italia, di cui 8 mila con esito mortale. I dati disponibili riportano per il Trentino un tasso di infortunio domestico maggiore di quello nazionale (15.6 casi/1000); gli infortuni domestici risultano aver causato nel 2008 circa 8000 accessi al Pronto Soccorso, 600 ricoveri ospedalieri e 40 decessi. Le persone più colpite per frequenza e per gravità sono quelle giovani e, all'opposto, quelle anziane (queste ultime coprono il 75% dei ricoveri). Non escludendo la possibilità di interventi a vari livelli e su diversi target, la fascia della popolazione anziana risulta di grande interesse sia per la frequenza che per gli esiti spesso gravi degli infortuni. Si tratta di popolazione “fragile” sotto molti punti di vista, fisico e culturale in particolare ma spesso anche sociale, e per la quale le conseguenze di infortuni anche di lieve entità possono essere di ulteriore ostacolo al mantenimento di una già difficile autonomia personale. Gli infortuni domestici delle persone anziane rappresentano un problema di sanità pubblica di sicura rilevanza, tale da meritare un monitoraggio continuo ma soprattutto la pianificazione di specifiche iniziative di prevenzione. L'azione a favore di persone anziane contribuisce, oltretutto, alla diffusione sia di informazioni che di interventi preventivi che hanno ricadute sull'intera popolazione, attraverso la sensibilizzazione dei soggetti interessati e il miglioramento della sicurezza delle abitazioni e dei comportamenti. Gli interventi che mirano all'abitazione civile e ai comportamenti individuali nella sfera domestica - spesso lontani, quindi, da un ambito di obblighi o di rispondenza a norme - richiedono l'impiego di strumenti particolari di promozione e il coinvolgimento di soggetti molteplici, ciascuno con competenze parziali e limitate ma talvolta complementari. Un progetto volto a prevenire gli infortuni degli anziani nelle abitazioni richiede, quindi, un particolare sforzo di ricerca ed integrazione

di soggetti che possano agire nella sfera personale e domestica, mettendo a disposizione gli adeguati supporti. Alla luce dei dati epidemiologici, il progetto non potrà non essere centrato prioritariamente sul problema delle cadute dell'anziano (che sono responsabili maggiormente degli esiti mortali), senza dimenticare gli altri aspetti ergonomici e di sicurezza della casa che possono essere causa di infortuni. Per la complessità dei soggetti che possono intervenire, si è deciso di limitare l'intervento pilota ad una zona geografica, puntando anche sulla migliore individuazione degli enti locali da coinvolgere.

Scopi generali

riduzione degli infortuni per caduta di soggetti anziani (>65 anni) nelle civili abitazioni, in un distretto della provincia di Trento

Fasi/attività

- ▶ Inquadramento epidemiologico e individuazione target.
- ▶ Costruzione di un gruppo di lavoro aziendale e della rete dei soggetti interessati.
- ▶ Condivisione delle linee di intervento con soggetti individuati.
- ▶ Produzione di strumenti di supporto (lista di sicurezza, indirizzi di prevenzione) agli effettivi attori.
- ▶ Attività di sensibilizzazione e formazione; supporto ai soggetti che intervengono sul campo.
- ▶ Interventi sul campo.
- ▶ Indagine di verifica.

Portatori di interesse e attori

- ▶ Persone anziane e loro famiglie.
- ▶ Associazioni anziani (sindacato pensionati, associazioni).
- ▶ Operatori sociali e sanitari.
- ▶ Operatori a supporto delle famiglie (colf, badanti).
- ▶ Operatori sanitari (medici di medicina generale, infermieri del territorio, ospedali, geriatri, fisiatrici ...).
- ▶ Strutture dell'Azienda sanitaria: Osservatorio epidemiologico, Servizio Educazione alla Salute, UO Medicina Legale, UU.OO. Assistenza Territoriale.
- ▶ Enti locali: Provincia, Comuni, Comunità di Valle.
- ▶ Altri: ITEA, amministratori condominio, progettisti, RSA.

Criticità

Si tratta del primo progetto operativo sul tema e non sono noti interesse e disponibilità dei soggetti utili alla sua realizzazione (enti locali, operatori socio-assistenziali, medici di medicina generale ecc.).

I possibili attori delle attività dirette hanno competenze parziali e frammentarie sugli aspetti residenziali e in genere limitate possibilità di intervento diretto.

Gli intermediari delle attività di prevenzione hanno di base compiti diversi, che dovrebbero essere allargati per coprire quelle del progetto. Le responsabilità finali dell'adozione delle misure possono ricadere sugli stessi anziani, e questi

non essere in grado da soli di attuarle, senza l'ausilio esterno di soggetti che oltretutto non ne sono vincolati.

6. BENEFICIARI

Persone ultrasessantacinquenni, in particolare se caratterizzate da fattori di rischio di infortunio domestico (ambientali, personali, psicofisici, sociali).

In termini di coscienza del problema, di conoscenza di mezzi di prevenzione e di dotazioni di sicurezza domestica è prevedibile anche un beneficio per l'intera popolazione (in quanto alcune misure di prevenzione valgono comunque per le persone di ogni età).

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Portatori di interesse contattati	Incontri -contatti	0	100% degli individuati			
Materiale tecnico di supporto (lista di sicurezza, indirizzi di prevenzione)	Documenti	0	Disponibile materiale cartaceo			
Incontri di informazione e formazione	Incontri realizzati	0	0		Almeno 5	
Interventi sul campo	Resoconti soggetti intervenuti	0	0		N. soggetti visitati/n. soggetti individuati >90%	
Ricadute delle attività di promozione	Resoconto indagine di verifica	0	0		N. soggetti interessati dalle modifiche proposte/ numero complessivo soggetti visitati > 60%	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Miglioramento del monitoraggio delle coperture vaccinali”

3 NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.4.1 Miglioramento del monitoraggio delle coperture vaccinali”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

L'andamento delle coperture vaccinali (Tab.1) testimonia una buona capacità organizzativa dei servizi vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento.

TABELLA 1: COPERTURE PER VACCINAZIONI RACCOMANDATE NELLA POPOLAZIONE INFANTILE NEL PERIODO 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Antipolio a 24 mesi	96.7	96.7	96.8	94.3	96.4
Antidifterite tetano a 24 mesi	96.8	96.9	96.9	96.4	96.6
Antipertosse a 24 mesi	95.6	96.0	96.4	96.0	96.2
Antiemofilo B a 24 mesi	94.1	94.7	95.3	94.6	94.9
Antiepatite B a 24 mesi	96.0	96.1	96.5	95.7	95.9
Antimorbillo a 24 mesi	84.7	85.9	87.7	88.8	88.2
Antirosolia a 24 mesi	84.7	85.7	87.6	88.7	88.0

Legenda:

copertura vaccinale polio-diftotetano-epatite B-pertosse-emofilo B a 24 mesi: bambini che a 24 mesi di età hanno ricevuto almeno 3 dosi di vaccino;

copertura vaccinale morbillo-rosolia a 24 mesi: bambini che a 24 mesi di età hanno ricevuto 1 dose di vaccino.

Per mantenere e consolidare la protezione dei bambini nei confronti di queste malattie si individuano alcuni obiettivi specifici:

Obiettivo specifico n. 1: verificare la funzionalità dell'anagrafe vaccinale

Nella provincia di Trento esiste un'anagrafe vaccinale informatizzata unica che permette la generazione degli inviti, l'identificazione dei casi di mancata vaccinazione e il calcolo delle coperture vaccinali.

Criticità riscontrate: Il software in uso non consente la verifica del rispetto delle scadenze previste dal calendario vaccinale degli inviti e dei solleciti alle vaccinazioni.

Azione correttiva: adeguamento del software (Sistemi informativi).

Obiettivo specifico n. 2: monitorare le coperture vaccinali.

Attualmente il calcolo delle coperture vaccinali viene eseguito annualmente, all'inizio dell'anno solare, secondo le modalità definite dal Ministero (coperture a 24 mesi, a 7 anni sulla popolazione residente).

Prima criticità: Il software in uso calcola le coperture vaccinali utilizzando come denominatore la popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria (che comprende resi-

denti e non). Per consentire il raffronto con i dati nazionali e delle altre Regioni è necessario disporre delle coperture vaccinali per i residenti.

Azione correttiva: adeguamento del software (Soggetti coinvolti: Sistemi informativi)

Seconda criticità: La cadenza annuale e i criteri (al 24° mese, a 7 anni) del calcolo delle coperture vaccinali non consentono il monitoraggio del ritardo vaccinale. Inoltre, anche in prospettiva del superamento dell'obbligo vaccinale, si rende necessario un monitoraggio in tempi più ristretti per rilevare eventuali scostamenti non attesi.

Azione correttiva: adozione di una reportistica delle coperture vaccinali che preveda:

- ▶ il calcolo delle coperture vaccinali con cadenza semestrale;
- ▶ il calcolo delle coperture vaccinali per la prima dose a 6 mesi di vita;
- ▶ il calcolo delle coperture vaccinali per la terza dose a 12 mesi;
- ▶ il calcolo delle coperture vaccinali a 16 anni.

Obiettivo specifico n. 3: monitoraggio delle motivazioni della NON Adesione alle vaccinazioni

Attualmente l'accertamento del motivo di mancata adesione alla vaccinazione è eseguito solo per le vaccinazioni obbligatorie ed è finalizzato all'irrogazione della sanzione.

Criticità: la prassi attuale non prevede l'approfondimento delle cause di mancata vaccinazione per le non obbligatorie (morbillo e rosolia); inoltre in caso di sospensione dell'obbligo sarà necessario monitorare le motivazioni della mancata adesione.

Azione correttiva: ogni Servizio vaccinale dovrà monitorare periodicamente (con cadenza da stabilire) i motivi di non adesione alle seguenti vaccinazioni fondamentali: polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, emofilo del primo anno di vita; morbillo e rosolia del secondo anno; per ogni mancata adesione è previsto il contatto diretto (telefonico o mediante visita domiciliare per il rilevamento della causa di non adesione (soggetto irreperibile; domiciliato all'estero; nomade; rifiuto irriducibile; esonero per motivi sanitari) e nei casi appropriati verrà effettuata azione di promozione della vaccinazione. E' previsto l'invio degli elenchi degli assistiti che non aderiscono alla vaccinazione al pediatra curante per consentire idonee azioni di promozione vaccinale.

Obiettivo specifico n. 4: rilevazione degli eventi avversi

Attualmente le schede di segnalazione di sospetta reazione avversa sono inviate al Responsabile della farmacovigilanza aziendale che le trasmette semestralmente all'U.O. di Igiene Pubblica e Prevenzione Ambientale che provvede alla elaborazione di una reportistica ad hoc.

Criticità: la prassi attuale non prevede il monitoraggio degli esiti delle reazioni avverse che non risultino risolte al momento della segnalazione.

Azione correttiva: ogni servizio vaccinale, con cadenza semestrale, dovrà contattare il medico che ha effettuato la segnalazione di reazione avversa a vaccino non risolta per verificarne l'esito (follow-up delle reazioni avverse).

Obiettivo specifico n. 5: formazione degli operatori dei servizi vaccinali

Attività formativa in materia di vaccinazioni è stata svolta in passato periodicamente secondo le esigenze che si sono presentate.

Criticità: persistono disomogeneità di comportamenti nei confronti delle vere e false controindicazioni alle vaccinazioni, nelle modalità di somministrazione dei vaccini, come pure nell'attività di informazione ai genitori, sia tra gli operatori dei servizi vaccinali che tra i pediatri di libera scelta.

Azione correttiva: consolidare la formazione per operatori dei servizi vaccinali e pediatri con corsi su: "counseling vaccinale" ai genitori; indicazioni e controindicazioni alle vaccinazioni; vaccini di nuova introduzione (HPV e varicella).

6. BENEFICIARI

Popolazione in età pediatrica

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

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

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Indicatori di salute						
Copertura vaccinale per polio-dtp-epatite-emofilo al 24 mese	Anagrafe vaccinale	> 95% (al 31.12.2009)	> 95 %		> 95%	
Copertura vaccinale per morbillo e rosolia al 24 mese	Anagrafe vaccinale	88% (al 31.12.2009)	> 88%		> 90%	
Indicatori di processo						
% degli inviti vaccinali eseguiti nei tempi previsti	Anagrafe vaccinale	Non disponibile	Software adeguato		90% degli inviti eseguiti nei tempi previsti	
coperture vaccinali per residenti e con cadenza semestrale	Anagrafe vaccinale	Non disponibile	Disponibilità dell'indicatore		Disponibilità dell'indicatore	
% di soggetti contattati sul totale dei non aderenti alla vaccinazione	Anagrafe vaccinale	Attività non effettuata	> 40%		> 50%	
Corso di formazione per operatori sulle vaccinazioni	Servizio formazione		Effettuazione del corso entro il 31/12/2012			

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione dei batteri responsabili di malattie infettive prevenibili con vaccinazione”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.4.2 Sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione dei batteri responsabili di malattie infettive prevenibili con vaccinazione”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Contesto e razionale

Le malattie batteriche invasive (meningiti, sepsi, polmoniti batteriemiche e altri quadri clinici con isolamento di batteri da siti normalmente sterili) rappresentano una importante causa di morbosità e sono caratterizzate da elevata frequenza di complicanze. La prevenzione di tali patologie è possibile grazie all'uso della vaccinazione per quanto riguarda pneumococco, meningococco ed *Haemophilus influenzae*.

La capacità delle vaccinazioni di prevenire la malattia dipende anche dai sierotipi contenuti nei vaccini utilizzati. La sorveglianza di queste patologie è importante e deve stabilire se i soggetti che si ammalano sono stati sottoposti a vaccinazione e con quale tipo di vaccino. La caratterizzazione dei patogeni in causa, mediante identificazione dei sierogruppi e sierotipi isolati nel corso delle forme invasive, può essere di aiuto nella comprensione dell'epidemiologia di queste infezioni e nel monitoraggio dei patogeni circolanti, anche in relazione allo stato di copertura vaccinale della popolazione.

Al fine di migliorare l'adesione all'offerta vaccinale della popolazione, **l'obiettivo generale** del progetto è rappresentato dalla creazione di un centro di riferimento che sia in grado di caratterizzare i patogeni isolati nei laboratorio clinici e raccogliere i dati epidemiologici a livello provinciale, in collegamento anche con le strutture di riferimento a livello nazionale, in modo da rendere tali dati utilizzabili per la sorveglianza epidemiologica delle malattie batteriche invasive prevenibili con vaccino. **Obiettivo specifico:** valutare la proporzione di malattie prevenibili con vaccino.

Fasi di attività

- ▶ Selezione dei ceppi e delle modalità di sorveglianza con la U.O. Igiene Pubblica e Prevenzione Ambientale (UOIPPA).
- ▶ Definizione dei protocolli organizzativi finalizzati alla notifica dei casi ed alla sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive in oggetto.
- ▶ Ricerca dei canali di collegamenti con le strutture ospedaliere (in particolare Laboratorio microbiologia e Direzione Sanitaria) ed attivazione flussi di schede di notifica e ceppi batterici, dopo verifica dello stato esistente. Definizione dei protocolli e delle registrazioni necessarie.

- ▶ Ricerca collegamenti con Istituto Superiore di Sanità quale centro di riferimento nazionale ai fini della comunicazione dei dati, della trasmissione dei ceppi e di verifica e confronto tecnico dei metodi analitici di sierotipizzazione. Verifica dei protocolli esistenti ed adeguamento dei flussi a tali procedure.
- ▶ Proceduralizzazione dei metodi analitici, raccolta dei ceppi ed eventuale loro tipizzazione.
- ▶ Raccolta dei dati (schede di notifica, risultati di laboratorio), elaborazione e comunicazione alla UOIPPA.

Attori e portatori di interessi

- ▶ UOIPPA come riferimento per le esigenze emergenti.
- ▶ Laboratori ospedali (in particolare Trento e Rovereto): isolamento dei ceppi e antibiogramma.
- ▶ Direzioni mediche di Presidio: notifica delle malattie infettive, controllo delle cartelle cliniche.
- ▶ Istituto Sup. di Sanità: centro di riferimento nazionale, supporto tecnico per le attività di laboratorio.

Criticità

La più forte criticità è rappresentata dalla messa in piedi del flusso raccolta dati e ceppi.

Inoltre il laboratorio è, in questo momento, sottodimensionato quanto a risorse umane in particolare tecniche.

Sarà necessario fare una valutazione dei costi (dei reagenti) e garantire la professionalità: non sono previsti, in questa fase, “numeri” molto elevati e quindi lo sviluppo delle attività deve tener conto del rapporto costi-benefici e garantire comunque una adeguata formazione e preparazione del personale (laureato e tecnico) che si occupa delle attività del progetto.

6. BENEFICIARI

Decisori A.P.S.S., UOIPPA, popolazione

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Vedasi obiettivo generale riportato al punto 5 (descrizione dell'intervento programmato)

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N.ro schede di isolamenti raccolte			30		30	
% ceppi batterici tipizzati			100%		100%	
Relazione generale		Non presente	presente		Presente	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Migliorare l’accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.4.3. Migliorare l’accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio (donne in età fertili e bambini con patologie)”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO PROGRAMMATO

Il progetto è finalizzato:

1. a ridurre la percentuale di donne in età fertile suscettibili alla rosolia a meno del 5% (Piano nazionale per l’eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015) (obiettivo n. 1);
2. ad aumentare la copertura vaccinale contro l’influenza nei soggetti a rischio per patologia in età pediatrica (obiettivo n. 2).

Obiettivo n. 1: il *razionale* del progetto è contenuto nel Piano nazionale per l’eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015 che indica tra gli interventi prioritari la riduzione delle donne suscettibili in età fertile (obiettivo 5.4).

Da una stima eseguita sui dati disponibili (schede Cedap 1 gennaio-30 settembre 2010) la quota di donne che hanno partorito e che risultano suscettibili alla rosolia è risultata essere dell’8,3%, includendo i dati delle risposte “non indicato” (come da definizione del Piano nazionale per l’eliminazione del morbillo e della rosolia congenita).

Le *azioni* previste includono:

- ▶ sensibilizzazione e informazione degli operatori sanitari dei Reparti di Ostetricia e Punti nascita sui rischi della rosolia in gravidanza, sui benefici e rischi della vaccinazione MPR, sulle false controindicazioni alla vaccinazione, sulla sicurezza della vaccinazione nel postpartum e sull’importanza di utilizzare tutte le occasioni opportune per informare le donne, prima e durante l’età fertile, sulla corretta e completa compilazione del Cedap;
- ▶ verifica della situazione immunitaria e offerta attiva della vaccinazione alle donne suscettibili in corso di ricovero prima della dimissione;
- ▶ monitoraggio continuo attraverso il flusso CEDAP della percentuale di donne gravide suscettibili alla rosolia e copertura vaccinale delle puerpere suscettibili vaccinate alla dimissione.

Gli *attori* coinvolti sono: gli operatori sanitari dei servizi di ostetricia e ginecologia dei presidi sanitari della provincia di Trento ed il personale della Direzione Igiene e sanità pubblica per il monitoraggio e per l’approvvigionamento dei vaccini.

Le informazioni circa la suscettibilità alla rosolia e l’eventuale vaccinazione sono registrate dal personale ospedaliero nel flusso informatizzato relativo al certifi-

cato di assistenza al parto (Cedap) che prevede una sezione dedicata. Il flusso di natalità è gestito dal punto di vista sanitario dall'Osservatorio Epidemiologico il quale dispone di un accesso al sistema di rilevazione e verifica la qualità del dato disponibile.

Le *criticità* rilevate sono:

- ▶ la migliorabile offerta della vaccinazione MPR in occasione del ricovero per parto;
- ▶ la mancanza di accuratezza nella compilazione della sezione del Cedap da parte del personale ospedaliero. L'incompletezza delle informazioni inserite pregiudica la qualità dell'indicatore individuato e quindi una sua corretta interpretazione.

Obiettivo n. 2: il *razionale* del progetto è contenuto nel Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012 che indica tra gli obiettivi da perseguire la definizione di strategie vaccinali per preparati ancora non inseriti nei LEA, privilegiando il miglioramento dell'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio.

La Copertura vaccinale attuale in provincia di Trento è pari a 67%, dato riferito al 2009, nei soggetti con più di 65 anni.

Le indicazioni ministeriale (circolari) includono, tra le categorie per le quali la vaccinazione stagionale è raccomandata, tutti i soggetti appartenenti alle seguenti categorie a rischio:

- ▶ malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO);
- ▶ malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite;
- ▶ diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI >30 e gravi patologie concomitanti);
- ▶ malattie renali con insufficienza renale;
- ▶ malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;
- ▶ tumori;
- ▶ malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;
- ▶ malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali;
- ▶ patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;
- ▶ patologie associate ad un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari).

Al fine di promuovere attivamente la vaccinazione nei soggetti con patologie a rischio si è individuata la popolazione in età pediatrica come fascia a cui prioritariamente dedicare l'intervento di implementazione della copertura.

Le *azioni* previste includono:

- ▶ l'informazione degli operatori sanitari (in particolare i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia);

- ▶ l'estrazione dall'anagrafica sanitaria dei soggetti aventi l'esenzione per le patologie sopra indicate, l'invio degli elenchi alle sedi vaccinali dei distretti sanitari e la chiamata attiva da parte degli operatori sanitari dei servizi;
 - ▶ l'accesso facilitato alla vaccinazione;
 - ▶ la registrazione delle vaccinazioni e il monitoraggio delle coperture ottenute.
- Gli *attori* coinvolti sono: i pediatri e i medici di medicina generale, il personale sanitario delle sedi vaccinali dei Distretti sanitari, il personale sanitario della Direzione Igiene e sanità pubblica.

6. BENEFICIARI

Per beneficiari si intende il target dell'intervento (possibilmente, anche in termini numerici e percentuali):

- ▶ obiettivo n. 1: donne in età fertile suscettibili alla rosolia (circa 500 donne/anno);
- ▶ obiettivo n. 2: soggetti in età pediatrica con patologie considerate a rischio (circa 500 donne/anno).

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% puerpere suscettibili vaccinate alla dimissione	Flusso certificati assistenza al parto	Non disponibile	> 20%		>30%	
% soggetti tra i 0-14 anni a rischio vaccinati contro l'influenza	Rilevazione ad hoc	Non disponibile	> 30%		> 40%	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Prevedere protocolli d’intervento per la riduzione delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria di dimostrata efficacia, valutandone l’effettiva applicazione e le ricadute epidemiologiche”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.5.1 Prevedere protocolli d’intervento per la riduzione delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria di dimostrata efficacia, valutandone l’effettiva applicazione e le ricadute epidemiologiche”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO PROGRAMMATO

Contesto e razionale

Il problema dell’impatto delle Infezioni Correlate all’Assistenza sanitaria (ICA), sia sul versante della qualità delle cure erogate che dei costi aggiuntivi sostenuti, è ben noto. È altresì dimostrato che con pochi e semplici interventi è possibile controllare e ridurre notevolmente l’incidenza del fenomeno. Si ritiene quindi importante sostenere una continua azione di promozione e patrocinio (Advocacy) nell’uso strategico di informazioni (es. linee guida e procedure) e di risorse (es. gel idroalcolico), per modificare i comportamenti collettivi ed individuali al fine di ridurre l’incidenza delle ICA.

Obiettivo generale

Riduzione delle infezioni correlate all’assistenza, attraverso l’induzione di comportamenti corretti per l’igiene delle mani (linee guida OMS), procedure di antibiotico profilassi in chirurgia, protocollo di sorveglianza di patogeni sentinella.

Fasi

Sono state individuate tre linee di intervento che rientrano nel contesto predetto:

- 1. igiene delle mani:** le mani del personale sanitario sono il veicolo più frequentemente implicato nella trasmissione dei patogeni nosocomiali. L’igiene delle mani è la misura primaria e più efficace per ridurre le infezioni associate all’assistenza sanitaria (ICA) e la diffusione della resistenza agli antibiotici in ambiente ospedaliero. Ma l’aderenza (compliance) degli operatori sanitari all’igiene delle mani è ancora scarsa. Presso l’Azienda provinciale per i servizi sanitari è stata implementata, nel corso degli anni 2008 e 2009, la Campagna OMS sull’igiene delle mani come momento principale della Sicurezza delle cure ai pazienti. È necessario mantenere un’osservazione costante sull’applicazione delle linee guida OMS in quanto è nota la criticità di una perdita di adesione alle corrette pratiche quando viene meno da parte degli operatori la consapevolezza dell’importanza preventiva dell’igiene delle mani nel controllo delle ICA;
- 2. sorveglianza Patogeni sentinella:** la sorveglianza dei patogeni sentinella permette l’identificazione tempestiva di ciascun paziente con una infezione

sostenuta da alcuni microrganismi definiti come “sentinella” o alert, a causa della loro elevata patogenicità ed elevata diffusibilità. L'identificazione di un microrganismo sentinella deve essere seguita dalla sua segnalazione immediata a chi di dovere e dalla successiva adozione di appropriate misure di controllo. La sorveglianza degli alert organism ha diverse ricadute positive: consentendo la precoce individuazione dei patogeni sentinella, previene e riduce, quindi il rischio di eventi epidemici; promuove l'interazione quotidiana e fattiva dei componenti del gruppo operativo di controllo delle infezioni tra di loro e con i reparti; stimola una maggiore attenzione al problema del rischio infettivo da parte di tutti gli operatori sanitari; aumenta la percezione di tale rischio; promuove l'adozione di corrette precauzioni di isolamento;

3. *profilassi antibiotica in chirurgia*: numerose misure possono essere adottate al fine di ridurre l'incidenza delle infezioni del sito chirurgico. Tra queste è prevista la prescrizione di un antibiotico pre-operatorio, ove indicato. La profilassi antibiotica per i pazienti chirurgici deve mirare a:
 - ▶ ridurre l'incidenza di infezioni del sito chirurgico utilizzando gli antibiotici secondo quanto dimostrano le prove di efficacia;
 - ▶ utilizzare gli antibiotici secondo quanto dimostrano le prove di efficacia;
 - ▶ minimizzare gli effetti degli antibiotici sulla flora batterica del paziente;
 - ▶ minimizzare gli effetti indesiderati degli antibiotici;
 - ▶ indurre le minori modificazioni possibili alle difese immunitarie del paziente.

Attività

1. *Igiene delle mani*:
 - ▶ nella prima fase, nei singoli ospedali aziendali, da parte dei Comitati infezione ospedaliera (CIO), saranno organizzati interventi di osservazione con personale addestrato e l'utilizzo di apposite griglie. Annualmente sarà monitorato il consumo di soluzioni alcoliche e altri disinfettanti per il lavaggio delle mani;
 - ▶ nella seconda fase si provvederà, con appositi audit, al ritorno delle evidenze raccolte agli operatori coinvolti e al rinforzo delle conoscenze sulla problematica.
2. *Sorveglianza Patogeni sentinella*:
 - ▶ la sorveglianza si basa sull'evidenza, a partire dai laboratori di microbiologia, degli eventi alert attraverso il software “mercurio” e la relativa comunicazione ai referenti medici e caposala del reparto interessato, della Direzione medica dell'ospedale, delle infermiere epidemiologie;
 - ▶ in seguito alla segnalazione, il caso viene verificato e vengono adottate le idonee misure di prevenzione ed isolamento.
3. *Profilassi antibiotica in chirurgia*: il documento di linee guida già in uso si ripropone di contribuire ad uniformare ed ottimizzare l'esecuzione di tale procedura. In tema di antibiotico-profilassi in chirurgia sono qui richiamati i

concetti attualmente condivisi e le raccomandazioni suffragate da maggiore evidenza scientifica. È necessario effettuare il controllo sulla sua applicabilità, il che si può fare con il coinvolgimento dei Comitati infezione ospedaliera (CIO) degli ospedali per una verifica a campione delle cartelle cliniche sugli interventi.

Attori

I tre interventi saranno portati avanti contemporaneamente con il coordinamento del Comitato Aziendale per la sorveglianza delle ICA (CIPASS) e l'azione specifica del Comitato infezione ospedaliera (CIO) dei singoli ospedali.

Criticità

Il problema per affrontare dei programmi continuativi di controllo e monitoraggio delle ICA è la disponibilità di risorse umane dedicate ed addestrate per affrontare e seguire le modalità proposte. In diversi ospedali, in particolare quelli di Trento e Rovereto dove i reparti e il personale sanitario sono numerosi, potrebbero esservi difficoltà ad affrontare i programmi nella loro interezza e quindi, necessariamente, si dovrà limitare l'area di interesse ad interventi selezionati.

6. BENEFICIARI

Pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere, Componenti CIO ospedalieri, Operatori sanitari (medici, infermieri, OSS) della APSS

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza attraverso l'induzione di comportamenti corretti per l'igiene delle mani (linee guida OMS), procedure di antibiotico profilassi in chirurgia, protocollo di sorveglianza di patogeni sentinella.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Percentuale di opportunità di igiene delle mani effettuate dal personale sul totale delle opportunità (per reparto o per servizio – 200 opportunità)	Documentazione Prodotta dalle osservazioni ed elaborata dal gruppo di coordinamento CIPASS	62.3%	> 65%		> 70%	
Quantità (litri) di detergente o gel/soluzione idroalcolica per lavaggio e antisepsi delle mani utilizzato per 1000 gg di degenza	Sistemi informativi correnti	15 lt	> 15 lt		>15 lt	
Indicatore di processo - Numero delle azioni di controllo completate-numero dei patogeni sentinella isolati che richiedevano interventi attivi di reparto.	Sistema Informativo di Laboratorio "Mercurio" Documentazione prodotta da azioni di controllo dei CIO	Non noto	> 90 %		100%	
Indicatore di esito- Numero cluster per ciascun caso indice	Sistema Informativo di Laboratorio "Mercurio"	Non noto	monitoraggio		monitoraggio	
Indicatore di esito- Numero di infezioni ospedaliere da microrganismi alert	Sistema Informativo di Laboratorio "Mercurio"	Non noto	monitoraggio		monitoraggio	
Percentuale di casi in cui l'antibiotico profilassi è stata eseguita sul totale degli interventi per i quali è raccomandata nella procedura operativa	Campione cartelle cliniche UU.OO. chirurgiche	Non noto	> 90 %		100%	
Percentuale di volte in cui la somministrazione della prima dose di antibiotico è avvenuta entro 30' – 60' dall'inizio dell'intervento sul totale delle profilassi effettuate.	Campione cartelle cliniche UU.OO. chirurgiche	Non noto	> 90 %		100%	
Tasso di infezioni del sito chirurgico	Documentazione prodotta da azioni di controllo dei CIO	Non noto	monitoraggio		monitoraggio	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Peer Education per la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

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

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.6.1 Peer Education per la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

Le infezioni sessualmente trasmesse costituiscono un gruppo di oltre 30 malattie che possono colpire in modo particolare gli adolescenti. La diffusione di tali patologie in questa età è determinata, oltre che da fenomeni psico-sociali, da peculiarità biologiche legate sia ad agenti patogeni sia a caratteristiche degli organi riproduttivi e del sistema immunitario che nell'età adolescenziale non hanno ancora raggiunto la loro funzione completa. Questo è particolarmente vero per infezioni come la Chlamydia che, contratta in età adolescenziale, incide profondamente sulla capacità riproduttiva negli anni successivi all'adolescenza. Sono lacunose soprattutto le conoscenze sulle modalità di trasmissione del virus dell'HIV e sulle strategie di prevenzione; molto scarse le conoscenze relative alle altre infezioni sessualmente trasmissibili quali sifilide, Chlamydia e gonorrea.

La sottostima del rischio di contrarre l'HIV tra gli adolescenti è ben nota nella letteratura scientifica sia nazionale sia internazionale; essa è in relazione a diversi fattori quali la percezione di invulnerabilità tipica degli adolescenti, la tendenza ad associare questa infezione a gruppi di popolazione specifici, il bisogno di ridurre o negare l'ansia associata alla malattia.

Per un adolescente ammettere il rischio personale di poter incorrere nelle malattie sessualmente trasmissibili può minacciare l'immagine che si ha di se stessi e la propria autostima.

In generale la maggior parte degli adolescenti giunge alla scoperta della sessualità senza conoscenze e informazioni adeguate. Nonostante gli adolescenti abbiano accesso a numerose fonti di informazione, le conoscenze e informazioni in tema di contraccezione e di malattie sessualmente trasmissibili sono approssimative e insufficienti.

La possibilità di confrontarsi con adulti e coetanei, anziché dover fare affidamento solo sulle informazioni dei mass media, svolge un ruolo positivo: gli adolescenti che hanno tale opportunità dimostrano di avere una visione più complessa del fenomeno e riconoscono la presenza di un rischio psicologico, accanto a quello fisico nel comportamento sessuale non protetto. Ne deriva che sui temi della sessualità e della prevenzione dell'infezione da HIV e infezioni sessualmente trasmesse in adolescenza sia utile adottare l'approccio della *peer education* che prevede la formazione di adolescenti per coinvolgerli con un ruolo attivo nella

progettazione e realizzazione di interventi diretti ai loro coetanei*. Su tali temi infatti sembrano funzionare meglio i canali formativi meno convenzionali ma più funzionali e a portata di mano degli adolescenti. Dall'altra, affrontare un confronto con gli adolescenti sui temi della salute e della sessualità richiede agli adulti, siano essi genitori, insegnanti, educatori o operatori socio-sanitari, non solo competenze di tipo tecnico, ma anche la capacità di affrontare i propri problemi personali e i propri pregiudizi.

Fasi del progetto

- ▶ costituzione gruppo di coordinamento o equipe di lavoro;
- ▶ contatto con le scuole e coinvolgimento degli insegnanti;
- ▶ individuazione dei peer educator (promotori di salute);
- ▶ formazione insegnanti;
- ▶ formazione dei peer educator;
- ▶ intervento tra pari;
- ▶ valutazione di processo.

Criticità

Difficoltà nel coinvolgimento degli adulti e nella loro accettazione dell'autonomia progettuale e di contenuto dei ragazzi. Difficoltà nell'organizzazione scolastica (diversi orari, più sedi da raggiungere e difficoltà di trasferimento dei ragazzi).

6. BENEFICIARI

Studenti di prima, seconda e terza medie e insegnanti delle scuole medie superiori.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Diffusione della conoscenza, della consapevolezza sulle infezioni sessualmente trasmissibili e dei metodi di protezione nella popolazione adolescenziale delle scuole medie superiori nei distretti aderenti al progetto.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	osservato	Atteso	osservato
Numero dei distretti aderenti in cui partecipa almeno una scuola		n. 0 distretti	Atteso n. 1 distretto	osservato	Atteso n.3 distretto	osservato
Conoscenza acquisita da parte degli adolescenti	Indagine ad hoc	Non applicabile	Almeno 70% di risposte corrette		Almeno 70% di risposte corrette	

(?) La scelta del modello di Peer Education ha come caratteristica di permettere ai protagonisti, cioè agli studenti, di stabilire un percorso di "allenamento" all'autonomia, sia dell'individuo che del gruppo. Le spinte emancipative, stimolano i soggetti a prendersi carico delle proprie problematiche, attingendo alle proprie risorse ed alle proprie abilità. Nel campo specifico dell'AIDS e le malattie sessualmente trasmesse, in cui inevitabilmente si viene in contatto con il tema della sessualità, si assiste, nel gruppo dei pari, alla presenza di una maggior disponibilità nel raccontare esperienze personali ed alla più facile individuazione di soluzioni rispetto a problematiche comportamentali ed emotive. Contemporaneamente la presenza di una serie di fattori, comunicazione, linguaggio, saperi comuni, permettono di attivare percorsi di apprendimento e di conoscenza maggiormente efficaci ed efficienti, percorsi che raggiungono buoni risultati attraverso investimenti di tempo ed economici, ragionevoli e possibili.

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Prevenzione delle patologie da esposizione ad agenti chimici nei prodotti immessi sul mercato, commercializzati ed in uso (regolamento reach)”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

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

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

2.7.1 “Prevenzione delle patologie da esposizione ad agenti chimici nei prodotti immessi sul mercato, commercializzati ed in uso (regolamento reach)”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

In data 1 giugno 2007 è entrato in vigore il Regolamento REACH (Registration, Evaluation, Authorisation and restriction of Chemicals), cioè il regolamento (CE) n. 1907/2006 emanato dalla Comunità Europea il 18 dicembre 2006 per un maggior livello di tutela della salute umana. Tale regolamento è basato sul principio “no data, no market”, secondo cui l'immissione sul mercato delle sostanze chimiche è subordinata alla raccolta di dati scientifici sulle stesse.

Il regolamento REACH distinguerà gradualmente nel tempo le sostanze chimiche in phase-in, cioè sostanze chimiche già presenti sul mercato, per le quali l'obbligo di registrazione è scaglionato nel tempo in funzione dei quantitativi e le sostanze chimiche non phase-in, cioè le sostanze nuove (messe in commercio per la prima volta dopo l'entrata in vigore del regolamento REACH), per le quali la registrazione andrà presentata al momento della prima immissione sul mercato. Quando tutto sarà a regime, cioè quando sarà trascorsa la fase transitoria, per le sostanze phase-in varrà il principio per cui se una sostanza non sarà registrata non potrà essere commercializzata (“no data, no market”).

Il sistema REACH si basa su quattro elementi fondamentali (registrazione, valutazione, autorizzazione ed eventuali restrizioni) e prevede un forte coinvolgimento dell'industria sia sul versante produzione che di utilizzo.

Risulta fondamentale anche la trasmissione delle informazioni lungo la catena di approvvigionamento, che trova nella scheda di sicurezza un importante strumento di comunicazione tra il produttore/importatore e l'utilizzatore professionale/cittadino. Strettamente collegato al Regolamento REACH è il Regolamento CE n. 1272/08 (CLP: Classification, Labelling and Packaging) che aggiorna la disciplina comunitaria in materia di classificazione, etichettatura ed imballaggio delle sostanze e delle miscele e che ha gli stessi obiettivi di salute del REACH.

Con l'obiettivo di permettere il coerente adeguamento delle conoscenze e del sistema di vigilanza e controllo per concorrere all'attuazione del Regolamento REACH è stato siglato, in data 29 ottobre 2009, l'Accordo Stato-Regioni e Province autonome concernente il sistema dei controlli ufficiali e relativi linee di indirizzo per l'attuazione del regolamento CE n. 1907/2006. Con la deliberazione della

Giunta provinciale n. 848 di data 16 aprile 2010 è stato recepito tale Accordo ed in tale contesto ha individuato:

- ▶ la Direzione Igiene e sanità Pubblica della Azienda provinciale per i Servizi sanitari quale referente per la funzione di controllo sulla detenzione, commercio e impiego di sostanze pericolose;
- ▶ l'Agenzia provinciale per la Protezione dell'Ambiente (APPA) la struttura competente a livello provinciale per la prevenzione ed il controllo ambientale e per il controllo analitico delle sostanze chimiche presenti nei campioni ufficiali prelevati dalle autorità di controllo locali.

A livello provinciale è stato costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare per l'implementazione del Regolamento REACH e che in tale ambito è stato individuato un referente provinciale esperto ed un suo sostituto per la partecipazione ai gruppi interregionali sul REACH.

Per quanto precede risulta pertanto indispensabile attivare un coordinamento tra gli Enti e i Servizi provinciali competenti in materia e le strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari preposti alla prevenzione.

Nel corso del 2011-2012 saranno definiti i criteri relativi alle attività di vigilanza su schede di sicurezza ed etichettatura, attività di controllo sulla informazione e formazione dei lavoratori su quanto previsto dal REACH e CLP e saranno implementate attività di vigilanza su schede di sicurezza ed etichettatura, attività di controllo sulle informazione e formazione dei lavoratori su quanto previsto dai regolamenti RACH e CLP e attività di controllo sulla registrazione delle sostanze.

Fasi, attività e risultati attesi

Attività 1: migliorare le conoscenze del REACH a tutti i livelli (dai cittadini, agli operatori, ai produttori ecc).

Risultato atteso: diffusione di adeguate conoscenze sul regolamento REACH.

Attività 2: definire i criteri relativi alla attività di vigilanza in conformità a quanto indicato da Autorità Competente ed ECHA.

Risultato atteso: attivare azioni di vigilanza con particolare riferimento alle schede di sicurezza ed etichettatura.

Attività 3: rendere permanente a livello provinciale il gruppo di lavoro tecnico sul REACH e CLP costituito da funzionari provinciali (con funzioni di coordinamento) e da referenti delle strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari aventi competenze in materia di prevenzione e l'Agenzia provinciale per la Protezione dell'Ambiente (APPA).

Risultato atteso: attivare una rete provinciale di vigilanza.

Attività 4: controllo sulla registrazione delle sostanze.

Risultato atteso: predisporre un piano annuale di vigilanza ed ispezione.

Attività 4: controllo sulla informazione e formazione dei lavoratori su quanto previsto dai regolamento REACH e CLP ai sensi dell D.Lgs 81/08 e succ. mod.

Risultato atteso: report annuale relativo alle attività di controllo.

Attività 5: informazione/formazione degli operatori delle strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari aventi competenze in materia di prevenzione e dell'Agenzia provinciale per la Protezione dell'Ambiente (APPA).

Risultato atteso: effettuazione di un almeno un corso di informazione/formazione su REACH o/o CLP l'anno.

Attori e Gruppi d'interesse coinvolti o da coinvolgere

Assessorato alla salute e alle politiche sociali, Agenzia provinciale per la Protezione dell'Ambiente (APPA), strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari aventi competenze in materia di prevenzione, datori di lavoro, produttori, importatori, lavoratori, associazioni di categoria.

Criticità ipotizzabili

Le principali criticità sono individuate nella possibile mancanza di risorse (umane) dedicate al sostegno delle azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi, con particolare riferimento alla difficoltà di individuare figure tecniche di professionalità adeguata.

6. BENEFICIARI

La popolazione potenzialmente esposta a rischi chimico per esposizione professionale e non in realtà produttive e ad alto impatto ambientale

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Obiettivo generale di salute: ridurre l'incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici dando attuazione al regolamento REACH.

Obiettivo generale di processo: definire e sperimentare procedure condivise con i competenti Servizi e strutture provinciali e le strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari preposte alla prevenzione.

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Produrre e rendere disponibile in maniera integrata i risultati delle sorveglianze di popolazione”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione, sedentarietà, fumo di tabacco, alcol e altre dipendenze)”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.9.1 Produrre e rendere disponibili in maniera integrata basi dati. Realizzare la sorveglianza di popolazione”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Contesto e razionale

In Trentino, come in Italia e nel resto dei Paesi a reddito medio-alto, le malattie cronico-degenerative rappresentano le prime cause di morbosità e mortalità della popolazione. 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 significativamente il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e tumori, previene una morte precoce e permette di rimanere a lungo in buona salute ed autonomi anche nella vecchiaia. Per monitorare nel tempo i comportamenti legati alla salute a livello locale e nazionale sono attivi alcuni sistemi di sorveglianza (Passi, Okkio, Hbsac) che rappresentano dei flussi informativi essenziali per le attività di promozione della salute. Al fine di potenziare l'utilità dei dati derivanti da tali sistemi è opportuno prevedere, laddove è possibile, l'uso integrato delle diverse fonti informative nella preparazione di report, schede, diapositive, comunicati ecc.

Obiettivo specifico

aumentare il grado di informazione della popolazione rispetto alla prevenzione delle malattie croniche attraverso il miglioramento della comunicazione delle informazioni sugli stili di vita mediante la preparazione e realizzazione di un piano di comunicazione e predisposizione dei materiali informativi utilizzando in maniera integrata le diverse fonti di informazioni a disposizione.

Attività

- ▶ Individuazione dei portatori di interesse.
- ▶ Predisposizione delle strategie comunicative e di un piano di comunicazione.
- ▶ Preparazione dei materiali informativi 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).
- ▶ Realizzazione degli interventi previsti nel piano di comunicazione.

Attori

Servizi ed unità operative afferenti al gruppo per il coordinamento tra sistemi di sorveglianza ed attività di prevenzione (Direzione Igiene, Direzione Educazione alla salute, Osservatorio Epidemiologico, Ufficio rapporti con il pubblico, UOAP Trento, Unità per la qualità, Direzione Generale) e Ufficio Stampa.

6. BENEFICIARI

Operatori sanitari (medici di medicina generale, specialisti, operatori sanitari e non, impegnati nella promozione della salute), amministratori, popolazione generale

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Aumentare la salute della popolazione attraverso la modifica dello stile di vita

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Elenco portatori di interesse		Non presente	presente		presente	
Piano di comunicazione		Non presente	presente		presente	
Realizzazione degli interventi di comunicazione		Non applicabile	Almeno il 75% degli interventi previsti nel piano di comunicazione		Almeno il 75% degli interventi previsti nel piano di comunicazione	

Cronoprogramma dell'attività																												
			2011									2012																
Cod.	Attività	Responsabili	Altri attori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Individuazione dei portatori di interesse	Gruppo per il coordinamento tra sistemi di sorveglianza ed attività di prevenzione																										
2	Predisposizione delle strategie comunicative e di un piano di comunicazione	Gruppo per il coordinamento tra sistemi di sorveglianza ed attività di prevenzione																										
3	Preparazione dei materiali	Gruppo per il coordinamento tra sistemi di sorveglianza ed attività di prevenzione	URP /Ufficio Stampa																									
4	Realizzazione degli interventi previsti nel piano di comunicazione.	Gruppo per il coordinamento tra sistemi di sorveglianza ed attività di prevenzione	URP /Ufficio Stampa, giornali, radio, tv																									
5	Stesura report finale	Gruppo per il coordinamento tra sistemi di sorveglianza ed attività di prevenzione																										

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Prevenzione dell’obesità: 15.000 passi + 5 colori = la matematica dei sapori”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.9.2 Prevenzione dell’obesità: 15.000 passi + 5 colori = la matematica dei sapori”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

L’Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea l’importanza di sviluppare percorsi che favoriscano la promozione della salute coinvolgendo attivamente i bambini/ragazzi e le loro famiglie al fine di prevenire patologie legate al sovrappeso e obesità. Alimentazione, attività fisica e uso di sostanze rappresentano ambiti rispetto ai quali si sviluppano, nelle persone e nelle famiglie, stili di vita favorevoli o ostacolanti il benessere psico-fisico. La scuola rappresenta uno spazio ideale per lo sviluppo di competenze ed abilità (life skills) che l’OMS considera strumenti indispensabili per la crescita di nuove generazioni in grado di promuovere al meglio la propria salute e il proprio benessere. Gli interventi di promozione della sana alimentazione, della regolare attività fisica e più in generale di stili di vita salutari risultano efficaci soprattutto quando vi è un forte coinvolgimento degli adulti di riferimento all’interno della scuola (insegnanti, dirigenti, altro) che abbiano condiviso obiettivi, contenuti e metodi e siano persuasi di promuovere messaggi di salute regolarmente all’interno della loro attività educativa. L’inserimento all’interno dei curricula scolastici della trattazione delle tematiche in questione con l’utilizzo di metodologie innovative, già consigliate dall’OMS, per l’apprendimento di comportamenti consoni al mantenimento dello stato di salute anche in età adulta, è indicata come la strategia di migliore e comprovata efficacia.

Stanti queste premesse, frutto anche di una analisi della letteratura scientifica disponibile, si è ritenuto fondamentale promuovere un progetto basato sulla formazione degli insegnanti degli istituti comprensivi, al fine di coinvolgere bambini e genitori sul tema della sana alimentazione ed attività fisica.

Finalità/Obiettivo generale

Promuovere sani stili alimentari e l’abitudine a una regolare attività fisica, attraverso l’acquisizione di strumenti linguistici, cognitivi ed emotivi propri del bambino, affinché diventino patrimonio personale e culturale della persona.

Fasi progettuali

1. Divulgazione proposta e raccolta adesioni.
2. Organizzazione e attuazione dei corsi di formazione degli insegnanti;
3. Realizzazione di un progetto educativo con i bambini/ragazzi durante l’anno scolastico da parte degli insegnanti formati;

4. Incontro di confronto finale al termine dell'anno scolastico;
5. Favorire la continuità del progetto con il suo inserimento nei piani formativi della scuola.

Criticità

- ▶ Il coinvolgimento della scuola non sempre è attivabile in quanto l'organizzazione strutturale scolastica non agevola la realizzazione di percorsi di promozione alla sana alimentazione ed attività fisica durante le attività didattiche.
- ▶ Il coinvolgimento delle famiglie risulta a volte di difficile attuazione sia per motivi connessi all'organizzazione interna delle stesse famiglie che per ragioni inerenti all'organizzazione del percorso educativo in essere.
- ▶ La continuità del percorso negli anni non sempre è garantita sia per il turnover degli insegnanti sia perché non rientra nella pianificazione dell'attività scolastica.
- ▶ L'organizzazione dei servizi dell'Azienda sanitaria di Trento non è sempre in grado di soddisfare a pieno le richieste in quanto le risorse umane che si possono mettere a disposizione appaiono essere limitate nonostante l'impegno messo in campo da tutti i soggetti coinvolti.
- ▶ In assenza di una "rete" territoriale consolidata risulta essere più faticoso raggiungere gli obiettivi di salute che il Servizio sanitario nazionale si prefigge.

6. BENEFICIARI

- ▶ Insegnanti degli istituti comprensivi (scuole primarie e secondarie di primo grado).
- ▶ Bambini/ragazzi (scuole primarie e secondarie di primo grado).
- ▶ Famiglie.

7. OBIETTIVI DI PROCESSO

- ▶ attivare il corso di formazione per insegnanti in almeno 3 distretti;
- ▶ attuare almeno 3 iniziative che coinvolgano i genitori (es. incontri serali, colazioni a scuola, laboratori di cucina salutare, altro);
- ▶ revisione e stesura di un protocollo operativo condiviso fra operatori che attuano il progetto;
- ▶ organizzare un evento di formazione/autoformazione per gli operatori che collaborano all'attuazione dei corsi territoriali.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
N° corsi attuati	Scheda di valutazione	4	Atteso 3	Osservato	Mantenimento 3	Osservato
N° iniziative che coinvolgono i genitori	Scheda di valutazione	4 264 genitori	Atteso 3		Mantenimento 3	
Protocollo operativo		Documento redatto	Atteso Documento rivisto e divulgato		Mantenimento divulgazione	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Diffusione ed utilizzo dei percorsi salutari con il coinvolgimento dei medici di medicina generale per ridurre la sedentarietà

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.9 prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari con riferimento all’ incremento dell’attività motori”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.9.3 Diffusione ed utilizzo dei percorsi salutari con il coinvolgimento dei medici di medicina generale per ridurre la sedentarietà”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO PROGRAMMATO

Contesto e Razionale

I benefici dell’attività fisica sulla salute sono ormai ampiamente dimostrati. La pratica di un’attività fisica moderata e regolare riveste un ruolo importante nell’influenzare l’aspettativa di vita: si stima una riduzione di circa il 10% della mortalità per tutte le cause. Dal sistema Passi 2009, risulta che il 17% della popolazione trentina risulta sedentario (con trend in aumento rispetto agli anni precedenti). Inoltre, il 27% dei sedentari percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente. Per quanto riguarda la sensibilità dei medici di medicina generale risulta che il 40,9% si informa sull’attività motoria praticata dai propri pazienti e il 35,4% la raccomanda genericamente. Al fine dell’incremento dell’attività fisica risulta di provata efficacia la creazione o l’aumento dell’accesso a luoghi in cui si possa svolgere attività fisica, in combinazione con attività di informazione. L’attività di consiglio da parte dei medici di medicina generale è considerata particolarmente efficace da questo punto di vista. Inoltre un’indagine condotta in Trentino nel 2005 ha dimostrato che l’invio di materiale informativo ai medici di medicina generale è risultata efficace nell’aumentare l’attività di counselling da parte dei medici stessi.

Nell’ambito del precedente Piano della prevenzione e al fine di modificare il contesto ambientale per facilitare l’attività fisica (il camminare) in alcuni comuni sono stati realizzati dei “percorsi salutari” segnalati con cartellonistica specifica con informazioni sulle calorie consumate e sui vantaggi dell’attività fisica. E’ quindi opportuno da un lato estendere i percorsi salutari ad altri comuni, soprattutto al comune capoluogo di provincia, e dall’altro promuovere l’uso dei percorsi e di altre risorse presenti sul territorio anche attraverso il consiglio dato dai medici di medicina generale.

Obiettivo generale

Facilitare la pratica dell’attività fisica da parte della popolazione adulta con l’obiettivo di contribuire al mantenimento degli attuali livelli di attività fisica in un contesto caratterizzato da un trend in aumento della sedentarietà.

Obiettivi specifici

- Coinvolgere altri comuni nella realizzazione di percorsi salutari;

- coinvolgere i medici di medicina generale in una maggiore attività di counseling e di “prescrizione” dell’attività motoria.

Attori

Operatori sanitari del Servizio di educazione alla salute, operatori sanitari delle U.O. Assistenza Primaria, medici di medicina generale, Centro di ricerca Sport Montagna Salute (CeRiSM), Servizio Sociale, Associazioni Anziani.

Criticità

Nella valutazione il sistema PASSI non riesce a fornire il dato rispetto all’anno in corso. È quindi impossibile fornire il dato osservato (di outcome) per il 2012 entro il 31.12.2012.

6. BENEFICIARI

La popolazione adulta e anziana di tutti i comuni che aderiranno all’iniziativa.

7. OBIETTIVI DI SALUTE E/O DI PROCESSO PERSEGUITI

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Percorso salutare a Trento	Documentazione	Non esistente	Esistente		Esistente	
MMG che danno informazioni sui percorsi e su altre risorse del territorio agli assistiti sedentari	Indagine ad hoc	0	40%		40%	
Prevalenza sedentari	PASSI	17% (2009)	Invariato		Invariato	
Prevalenza sedentari con corretta autovalutazione	PASSI	73%	73%		80%	
MMG che si informano sull’attività fisica	PASSI	41%	Invariato		Oltre 50%	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Riduzione dei consumatori di alcol a rischio – Progetto Alcol, pub e disco”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.9.4 Riduzione dei consumatori di alcol a rischio - Progetto Alcol, pub e disco”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

In Trentino è stata riscontrata (sistema PASSI) un'alta percentuale di bevitori a rischio (30% rispetto ad una media nazionale del 18% e di questi una gran parte è da annoverare nelle fasce di popolazione più giovane (18-34 anni)). L'indagine HBSC ha riscontrato dati molto elevati di bevitori binge drinker nei 15enni e anche nel sesso femminile. Inoltre un'alta percentuale (13%, Passi 2009) riferisce di aver guidato almeno una volta nell'ultimo mese in stato di ebbrezza e l'8% di essere salito in auto con un guidatore in stato di ebbrezza. La cronaca nera ci pone spesso di fronte ad eventi drammatici dovuti ad incidenti stradali provocato da giovani che guidavano in stato di ebbrezza.

Il progetto ha come scopo quello di creare dei momenti di comunicazione e di incontro informale con i ragazzi nei luoghi normalmente da loro scelti per socializzare (pub, discoteche, feste di paese o feste giovanili) anche al fine di prevenire gli incidenti stradali alcolcorrelati. Per tale scopo si useranno dei mezzi di trasporto facilmente identificabili e che possano arrivare ad essere un punto di riferimento noto ai ragazzi: l'Azienda sanitaria ha da tempo acquistato due camper uso ufficio con la scritta “Frena l'alcol.. fai correre la vita” che sono altresì dotati di etilometri. Previ accordi con il gestore del locale o con gli organizzatori della festa e con le forze dell'ordine, il mezzo dell'Azienda sanitaria, debitamente equipaggiato, viene posto in luogo ben visibile davanti al locale e contatta i ragazzi che passano per dare informazioni sull'alcol, sull'alcol e la guida e per misurare i valori di alcolemia e scoraggiare l'uso dell'auto se i valori sono positivi e suggerire soluzioni alternative. Per ogni persona contattata viene compilata anche una breve scheda anonima che rileva l'età e il sesso del soggetto, le sue abitudini alcoliche, l'alcolemia, la sua soddisfazione circa il nostro intervento e se abbia cambiato la decisione di guidare o meno in caso di positività dell'etilometro.

Attori

il progetto è realizzato in collaborazione con l'Associazione AMA la quale mette a disposizione gli operatori che effettuano le “uscite”: si tratta di ragazzi giovani, preparati sia dal punto di vista alcologico (hanno frequentato un corso specifico da noi organizzato), sia nel saper realizzare un contatto con altri giovani con l'empatia che il progetto richiede.

6. BENEFICIARI

I frequentatori di pub, discoteche, feste di paese o feste giovanili.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Riduzione dei problemi alcol correlati, in particolare delle conseguenze della guida sotto l'effetto dell'alcol.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Osservato	Atteso	Osservato	Atteso
N° assoluto di accessi ai camper all'anno	Questionari	500/anno	>500/anno		>500/anno	
% di chi smette di che, positivo all'etilometro, decide di non guidare	Questionari	30%	> 30%		> 30%	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Riduzione della percentuale di fumatori abituali – Centri antifumo”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.9.5 Riduzione della percentuale di fumatori abituali – Centri antifumo”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

In Trentino i fumatori rappresentano il 25% della popolazione sopra i 18 anni (Passi 2009); oltre il 40% dei fumatori ha tentato di smettere senza riuscirci. L'indagine HBSC ha riscontrato dati molto elevati di fumatori nei 15enni anche nel sesso femminile. Lo scopo del progetto è quello di fornire uno strumento capace di aiutare a smettere di fumare chi intende farlo e di diffondere la conoscenza di tale iniziativa nella popolazione. Nel 2010 sono stati attivati in forma sperimentale due Centri Antifumo (uno a Trento e uno a Rovereto). Lo scopo del progetto è quello di far uscire i Centri Antifumo dalla fase sperimentale e inserirli nel piano di attività aziendale.

Il funzionamento degli ambulatori per la disassuefazione dal fumo sarà conforme alle linee guida del NICE-UK (National Institute for Clinical Excellence) e si strutturerà secondo i seguenti momenti:

- ▶ *valutazione clinico funzionale*: in occasione di prima visita e nel monitoraggio di eventuale trattamento farmacologico; viene effettuata da parte del medico;
- ▶ *counselling individuale*: 2-6 incontri da parte del medico (durata 20-30 minuti): 1 volta/settimana + 1 di valutazione e/o rimotivazione a distanza;
- ▶ *trattamento farmacologico*: viene prescritto eventuale trattamento farmacologico nel corso della prima visita ove opportuno;
- ▶ *approccio di gruppo*: Corso per smettere di fumare: viene effettuato in collaborazione con l'Associazione AMA di Trento e si sviluppa su 8 incontri della durata di 2 ore: 4 incontri in 4 giorni consecutivi più 4 incontri, 1 alla settimana, per le 4 settimane successive;
- ▶ *counselling psicologico*: viene attivata la consulenza dello psicologo in tutte le situazioni in cui si renda necessario.

La modalità di Accesso è diretta, senza impegnativa del medico.

Follow up

Sarà effettuato un follow up a distanza di 3-6 mesi.

Per l'informazione della popolazione si intende diffondere un depliant con informazioni sui Centri Antifumo.

Attori

personale impegnato: 2 medici non fumatori e uno psicologo non fumatore.

6. BENEFICIARI

Tutti i fumatori

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Riduzione dei fumatori e delle patologie fumocorrelate

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Numero di accessi ai due centri	Registro centro anti-fumo	100	100		100	
% di chi smette di fumare ai 6 mesi rispetto sul numero totale dei frequentanti	Cartelle cliniche ambulatoriali	25% (stima)	> 25%	Osservato	> 25%	Osservato

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Prevenzione uso sostanze – Confronto/informazione sul possibile significato dell’uso di sostanze stupefacenti in adolescenza e sulla dinamica relazionale adulto/adolescente”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.9.6. Prevenzione uso sostanze – Confronto/informazione sul possibile significato dell’uso di sostanze stupefacenti in adolescenza e sulla dinamica relazionale adulto/adolescente”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale del progetto

L’indagine ESPAD®Italia 2009 stima che, nella Provincia autonoma di Trento, il consumo di almeno una sostanza psicoattiva illegale nella popolazione studentesca, di età compresa tra i 15 e 19 anni, interessa il 24% degli iscritti (circa 4800 ragazzi/e). Il dato giustifica ampiamente l’allocazione di risorse per la strutturazione di interventi di prevenzione primaria rivolti a questa fascia di popolazione. Il progetto è volto a:

- ▶ fornire agli educatori chiavi di lettura relative all’uso ludico e/o problematico di sostanze stupefacenti in età adolescenziale facendo particolare riferimento alla correlazione che sussiste tra tali comportamenti e i cambiamenti che si verificano durante l’adolescenza;
- ▶ trasmettere le necessarie competenze affinché loro stessi possano integrare questo argomento, tradizionalmente delegato ad esperti, all’interno della normale attività educativo-didattica e a favorire l’individuazione di strategie educative atte a supportare l’adolescente nell’attraversamento dei propri compiti evolutivi.

Obiettivo generale

Prevenzione primaria e riduzione dei comportamenti a rischio che possono sfociare in un uso problematico di sostanze.

Obiettivi specifici

Formazione degli adulti significativi (docenti di tutte le discipline e/o genitori) su:

1. la fase adolescenziale, evidenziando i cambiamenti psico-relazionali che si verificano durante tale periodo, i fattori da cui può derivare una maggiore probabilità di accostamento alle sostanze stupefacenti e i fattori che possono esercitare un’azione di contrasto rispetto a tale rischio;
2. le diverse modalità di rapporto con le sostanze stupefacenti differenziando l’uso, l’uso problematico e la dipendenza;
3. una riflessione e un dibattito riguardo alle modalità attraverso le quali l’adulto può concorrere alla costruzione di una prospettiva di salute per l’adolescente.

Descrizione

la proposta prevede una discussione guidata e interattiva attorno al tema dell'adolescenza con riferimento sia ai dinamismi psicologici e relazionali che caratterizzano questa fase evolutiva, sia ai mutamenti storico-culturali che hanno portato al delinearsi di un nuovo modo di vivere l'adolescenza e la relazione educativa da parte del mondo adulto.

Fasi del progetto

Fase 0: presentazione delle proposte di prevenzione ai referenti scolastici per l'educazione alla salute;

Fase 1: richiesta da parte dell'istituto scolastico al Servizio Educazione alla salute dell'Azienda sanitaria;

Fase 2: contatto dell'insegnante referente da parte del professionista Ser.T. per gli accordi di dettaglio sulla costituzione del gruppo di adulti significativi;

Fase 3: incontro con il gruppo e discussione sulle situazioni portate;

Fase 4: somministrazione di un questionario di soddisfazione e conta del numero dei destinatari;

Fase 5: realizzazione di un report complessivo che raccoglie gli interventi realizzati a livello provinciale.

6. BENEFICIARI

Insegnanti e genitori degli alunni delle scuole medie e superiori.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Contrastare e/o identificare precocemente il consumo di sostanze tra i giovani delle scuole medie superiori, attraverso l'empowerment degli adulti significativi circa i seguenti aspetti:

1. difficoltà emotive legate ai cambiamenti che si verificano sul piano fisico-affettivo-cognitivo;
2. uso delle sostanze psicotrope come espressione degli stati di fisiologico malessere legati al processo di cambiamento;
3. compiti evolutivi: separazione, identità, sessualità;
4. gestione delle perdite e dei conflitti (assumendo la duplice prospettiva dell'adolescente e dell'adulto);
5. aspetti legali e sociali della tossicodipendenza.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore anno scolastico 2010 /2011	Valore dell'indicatore al 30.06 .2011		Valore dell'indicatore al 30.06.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° scuole medie superiori copert./ n° totale di scuole medie superiori	Istituti scolastici richiedenti	10 adesioni	10 istituti		Aumento del 5%	
N° interventi effettuati/ N° interventi richiesti		2 confermati /10 adesioni				

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Prevenzione uso sostanze - Gruppi di discussione mirati alla comprensione e alla gestione di situazioni di disagio”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.9.7 Prevenzione uso sostanze - Gruppi di discussione mirati alla comprensione e alla gestione di situazioni di disagio”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale del progetto

L'indagine ESPAD®Italia 2009 stima che, nella Provincia autonoma di Trento, il consumo di almeno una sostanza psicoattiva illegale nella popolazione studentesca, di età compresa tra i 15 e 19 anni, interessa il 24% degli iscritti (circa 4800 ragazzi/e).

Il dato giustifica ampiamente l'allocazione di risorse per la strutturazione di interventi di prevenzione primaria rivolti a questa fascia di popolazione.

La sensibilizzazione ed il sostegno rivolto agli adulti significativi che quotidianamente sono in contatto con i giovani può contribuire ad individuare e ad affrontare precocemente quelle situazioni che possono favorire l'uso sporadico e/o problematico di sostanze stupefacenti.

Il progetto è volto a fornire un sostegno sull'uso consapevole della relazione adulto/adolescente alle principali figure di riferimento (genitori ed insegnanti) che, pur con compiti ed obiettivi diversificati, sono in rapporto con il mondo giovanile. Il ruolo ricoperto da queste figure è quello di un adulto in posizione di autorità che può svolgere un'importante funzione protettiva in situazioni di criticità verso comportamenti d'uso e abuso di droghe.

Obiettivo generale

Prevenzione primaria e riduzione dei comportamenti a rischio che possono sfociare verso un uso problematico di sostanze.

Obiettivo specifico

Formazione degli educatori (docenti di tutte le discipline o genitori) volta a favorire un uso consapevole della relazione adulto/adolescente, intesa come fattore protettivo e preventivo rispetto alle varie situazioni che possono indicare un rischio evolutivo verso il consumo di sostanze stupefacenti.

Descrizione

La proposta prevede l'attivazione di piccoli gruppi di discussione e confronto su singoli casi portati dagli stessi partecipanti. La metodologia prevede l'esposizione e la successiva discussione approfondita di una situazione che suscita nell'adulto vissuti di impotenza, preoccupazione o più semplicemente incertezza, riguardante un proprio studente o figlio di cui si supponga l'esposizione a comportamenti

di consumo di sostanze stupefacenti o, più in generale, di rischio in tale area.

Fasi del progetto

Fase 0: presentazione delle proposte di prevenzione ai referenti scolastici per l'educazione alla salute dei vari distretti;

Fase 1: richiesta di intervento da parte dell'istituto scolastico al Servizio Educazione alla salute dell'Azienda sanitaria;

Fase 2: contatto dell'insegnante referente da parte del professionista Ser.T. per gli accordi di dettaglio sulla costituzione del gruppo di adulti significativi;

Fase 3: incontro con il gruppo e discussione sulle situazioni portate;

Fase 4: somministrazione di un questionario di soddisfazione e conta del numero dei destinatari;

Fase 5: realizzazione di un report complessivo che raccoglie gli interventi realizzati a livello provinciale.

6. BENEFICIARI

Adulti significativi, in particolare insegnanti e genitori.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Contrastare e/o identificare precocemente il consumo di sostanze tra i giovani delle scuole medie superiori attraverso l'empowerment degli adulti significativi circa i seguenti aspetti:

1. informazioni di base sui bisogni adolescenziali e comportamenti correlati;
2. condivisione di concetti riferiti alla relazione adulto/adolescente, con particolare riferimento alla relazione educativa;
3. confronto delle diverse idee e reazioni emotive suscitate dal caso analizzato tra i partecipanti al gruppo;
4. individuazione di possibili modalità utili allo sviluppo di una dinamica relazionale sana.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore anno scolastico 2010 /2011	Valore dell'indicatore al 30.06.2011		Valore dell'indicatore al 30.06.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° scuole medie superiori coperte / n° totale di scuole superiori	Servizio Educazione alla Salute dell'APSS	5 istituti	5 istituti		Aumento del 5%	
N° interventi effettuati / N° interventi richiesti		0 confermati / 5 aderenti				

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Prevenzione uso sostanze - Educazione fra pari sulla prevenzione consumo di sostanze psicotrope”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.9.8 Prevenzione uso sostanze - Educazione fra pari sulla prevenzione consumo di sostanze psicotrope”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale del progetto

L'indagine ESPAD®Italia 2009 stima che, nella Provincia autonoma di Trento, il consumo di almeno una sostanza psicoattiva illegale nella popolazione studentesca, di età compresa tra i 15 e 19 anni, interessa il 24% degli iscritti (circa 4800 ragazzi/e).

Il dato giustifica ampiamente l'allocazione di risorse per la strutturazione di interventi di prevenzione primaria rivolti a questa fascia di popolazione.

Il progetto si propone di fornire agli studenti gli strumenti e le competenze adeguate per attivare, all'interno del contesto scolastico, uno spazio di libero confronto e riflessione attorno al fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti. La Peer Education rappresenta un'adeguata risposta operativa all'esigenza di sperimentare modelli di intervento capaci di valorizzare i contesti sociali di appartenenza dei gruppi target, anche in virtù della scarsa efficacia che gli strumenti di prevenzione centrati sulla figura dell'esperto hanno mostrato a livello internazionale. L'utilizzo della Peer Education, quale strategia di intervento diretta ad un target giovanile, rappresenta un approccio che, privilegiando modalità di diffusione orizzontale delle conoscenze sulla promozione del benessere e attingendo forza dal gruppo dei pari, consente ai giovani di divenire protagonisti ed agenti attivi del processo educativo, piuttosto che semplici destinatari di messaggi ed informazioni.

Obiettivo generale

Prevenzione primaria e riduzione dei comportamenti a rischio che possono sfociare in un uso problematico di sostanze.

Obiettivi specifici

Fornire agli studenti gli strumenti e le competenze adeguate per attivare, all'interno del contesto scolastico, uno spazio di libero confronto e riflessione attorno al fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti.

Descrizione

La proposta è rivolta a studenti delle scuole medie superiori. Il percorso prevede la formazione di un gruppo di studenti (fino a 15) appartenenti a varie sezioni di uno stesso anno di corso (orientativamente il terzo), selezionati dal gruppo

docenti secondo criteri concordati tra i professionisti del Ser.T. ed i docenti referenti. La formazione si avvale dell'intervento di esperti delle varie professioni socio-sanitarie del Ser.T. e del coinvolgimento degli insegnanti durante le varie fasi di realizzazione del progetto. Gli studenti formati, con la collaborazione degli insegnanti, attiveranno nelle proprie classi di appartenenza lavori di gruppo, sul tema del consumo delle sostanze stupefacenti, per la successiva diffusione dei risultati conseguiti agli altri studenti dell'istituto.

Fasi del progetto

- Fase 0: presentazione delle proposte di prevenzione ai referenti scolastici per l'educazione alla salute;
- Fase 1: richiesta da parte dell'istituto scolastico al Servizio Educazione alla salute dell'Azienda sanitaria;
- Fase 2: incontro preliminare dei professionisti del SerT con gli insegnanti referenti (di norma 4 ore);
- Fase 3: intervento degli operatori sanitari, suddiviso in tre moduli, sui diversi versanti della tematica - psico-relazionale, medico, sociale - di norma 8 ore;
- Fase 4: realizzazione, durante il corso dell'anno scolastico, di un "prodotto" da parte della classi coinvolte tramite gli studenti formati, gli insegnanti referenti ed i professionisti del Ser.T. (di norma 8 ore);
- Fase 5: presentazione del "prodotto" realizzato dai peerer agli altri studenti dell'istituto;
- Fase 6: somministrazione di un questionario di soddisfazione e conta del numero dei destinatari;
- Fase 7: realizzazione di un report complessivo che raccoglie gli interventi realizzati a livello provinciale.

6. BENEFICIARI

Studenti della 3^a classe della scuola media superiore (anche classe seconda per gli istituti professionali).

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Contrastare e/o identificare precocemente il consumo di sostanze tra i giovani delle scuole medie superiori, attraverso l'empowerment degli adulti significativi circa i seguenti aspetti:

1. fattori psico-relazionali che inducono o contrastano l'utilizzo delle sostanze psicotrope (psicologo);
2. meccanismi biologici di azione delle sostanze psicoattive (medico);
3. analisi dei messaggi veicolati dalla cultura attuale (assistente sociale).

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore anno scolastico 2010 /2011	Valore dell'indicatore al 30.06.2011		Valore dell'indicatore al 30.06.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° scuole medie superiori coperte / n° totale di scuole medie superiori	Istituti scolastici richiedenti	5 adesioni	5 istituti		Aumento del 5%	
N° interventi effettuati / N° interventi richiesti	SerT e Servizio educazione alla salute	4 programmate / 5 aderenti				
N. di studenti coinvolti direttamente/totale degli studenti di quella fascia di età	SerT e Servizio educazione alla salute					
N. di studenti coinvolti indirettamente/ totale degli studenti di quella fascia di età	SerT e Servizio educazione alla salute					

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“La scuola che promuove la salute”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“2.9.9 La scuola che promuove la salute”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Una scuola che promuove la salute è quella che esplicita le strategie e gli obiettivi che si propone per incrementare il benessere al proprio interno e nella propria comunità. Il presente progetto fa riferimento al programma europeo delle scuole che promuovono salute (SHE), basato sulla convenzione dei diritti del fanciullo delle Nazioni Unite, secondo il quale ogni bambino e giovane ha il diritto di essere educato in una scuola che promuove la salute. La scuola fornisce agli alunni messaggi educativi anche attraverso il contesto di vita scolastica, ossia attraverso l'insieme di norme, regolamenti, relazioni, disciplina, modelli di comportamento. Inoltre sia l'ambiente fisico e strutturale che l'organizzazione e il grado di apertura e di *partnership* a livello territoriale costituiscono potenti strumenti per facilitare le scelte salutari. Utilizzare ogni opportunità per migliorare l'ambiente fisico e renderlo sicuro, individuare spazi per la ricreazione, il movimento, il relax degli alunni e del personale, considerare il ruolo complementare della ristorazione scolastica al curriculum dell'educazione alla sana alimentazione ed offrire opportunità di promozione della salute (scuola libera da fumo, percorsi casa-scuola, pratica dell'igiene orale ...) rappresentano degli esempi che rientrano a pieno titolo nel programma interministeriale Guadagnare salute e che sono realizzabili attraverso interventi trasversali alle discipline scolastiche, azioni pianificate pluriennali e patti educativi con le famiglie e la comunità.

L'esperienza ha dimostrato che gli individui adottano più spesso scelte salutari in presenza di situazioni ambientali favorevoli.

Fasi ed attività del programma

1. condivisione e stesura di un manifesto (e logo) da proporre alle scuole da parte del tavolo tecnico scuola-salute ed istituzione di un albo trentino delle scuole che promuovono la salute;
2. incontri a livello distrettuale per la presentazione e la condivisione del documento con i referenti scolastici per l'educazione alla salute;
3. proposta alle scuole di aderire al manifesto;
4. adozione del manifesto da parte delle scuole (tenendo conto delle peculiarità di ogni singolo istituto scolastico);
5. verifica ed accreditamento delle scuole aderenti al progetto e costituzione dell'albo provinciale delle scuole che promuovono la salute.

Attori

operatori dell'Azienda sanitaria, insegnanti e dirigenti scolastici, funzionari del dipartimento istruzione, genitori.

6. BENEFICIARI

Studenti e insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado; famiglie del territorio di riferimento.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Facilitare l'adozione di sani stili di vita attraverso l'adeguamento del contesto scolastico ai messaggi di promozione della salute.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
Disponibilità del manifesto		No	Sì		Sì	
Numero di scuole che adottano il manifesto	Dati sul numero di scuole forniti dal Dipartimento Istruzione	0	Atteso Almeno 10 istituti	Osservato	Atteso Almeno 20 istituti	Osservato

MACROAREA 3
PREVENZIONE
DELLA POPOLAZIONE A RISCHIO

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Miglioramento della conoscenza e dell’adesione ai programmi di screening da parte delle donne straniere”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“3.1 Tumori e screening”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“3.1.1 Miglioramento della conoscenza e dell’adesione ai programmi di screening da parte delle donne straniere residenti in provincia di Trento”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO PROGRAMMATO

Contesto e razionale

In Trentino la quota di donne che effettua un Pap-test e/o una mammografia a scopo preventivo è alta - *dati Osservatorio Nazionale Screening e sistema di sorveglianza PASSI* - (copertura: Pap-test 65-80% - mammografia 67%); tuttavia esistono disparità di accesso legate alla cittadinanza (adesione all’invito al Pap-test 48% italiane vs. 30% straniere), all’istruzione e alla situazione economica (esecuzione dell’esame: Pap-test 70% molte difficoltà economiche vs. 86% nessuna difficoltà - mammografia 63% vs. 79%). Buona parte del materiale informativo prodotto all’interno dei programmi di screening è scritto con un linguaggio non accessibile alla popolazione meno scolarizzata e quindi più a rischio di non effettuare il test di screening. Come recita il *Documento di Bertinoro (ONS – gruppo di lavoro sulla comunicazione all’interno dei programmi di diagnosi precoce)* “E’ obiettivo fondamentale dei programmi organizzati di screening garantire a tutte le persone a cui si rivolgono equità nell’accesso indipendentemente dalle condizioni. [...] Le ragioni delle disuguaglianze vanno cercate negli aspetti strutturali (risorse, competenze, scelte politico-amministrative) e comportamentali. Ma vanno cercate anche con cura nei limiti delle capacità comunicative dei programmi di raggiungere tutte le componenti della società, di adattarsi alle diversità socio-culturali e di comprendere gli ostacoli esistenti”.

Poiché i gruppi di soggetti fragili sono molto eterogenei, si è deciso di rivolgere il progetto alle donne straniere. Da quanto emerso da un recente aggiornamento monotematico per operatori sanitari organizzato dall’Azienda sanitaria di Trento (*Miglioramento dell’adesione agli screening oncologici provinciali da parte delle fasce deboli di popolazione*) lo stato di fragilità può essere approssimato con l’essere straniero in quanto gli stranieri mostrano una scarsa conoscenza e cultura della prevenzione in generale e dei programmi di screening in particolare, conoscono poco il Servizio sanitario provinciale ed i servizi offerti, hanno difficoltà a rapportarsi ad un sistema sanitario diverso da quello del Paese d’origine, sono mediamente meno alfabetizzati degli italiani e in ogni caso hanno l’ostacolo della lingua da cui le difficoltà di accesso alle informazioni con relativa comprensione del messaggio trasmesso.

L'opportunità di migliorare la comunicazione negli screening e in particolare di migliorare la comunicazione nei confronti della popolazione bersaglio e delle sue categorie più fragili è stato affrontato in via preliminare in provincia di Trento attraverso la partecipazione al progetto del Ministero della Salute – CCM *“Progetto screening LILT: si scrive screening si legge prevenzione dei Tumori”*. Con tale progetto il Ministero della salute-CCM affidava alla Lega Italiana per la lotta contro i tumori il compito di ottimizzare la comunicazione nel campo degli screening oncologici attraverso una forte partnership con i servizi pubblici di coordinamento degli screening di una serie di regioni. In una prima fase (2008-2009) sono state coinvolte le seguenti regioni: Lazio, Sardegna e Puglia. Successivamente, nel corso di una riunione tenutasi presso la sede centrale della LILT a Roma il 25.11.2009, sono state coinvolte 5 ulteriori realtà: Valle d'Aosta, Umbria, Basilicata, Molise e provincia autonoma di Trento. L'adesione al progetto da parte del Trentino, è stata formalizzata in un primo momento sulla base di una dichiarazione di intenti della Provincia autonoma di Trento del 3 marzo 2010 e successivamente attraverso una vera e propria deliberazione del 3 settembre 2010 (n. 2056). Con tale deliberazione veniva indicata anche una cabina di regia che doveva assicurare lo svolgimento del progetto della LILT ed il suo compimento entro la scadenza prevista del novembre 2010. Ai fini dell'adesione formale al progetto nazionale è stato redatto un progetto ad hoc per la provincia di Trento dove si indicavano tra l'altro, le azioni prioritarie di comunicazione entro i servizi sanitari ed al di fuori dei servizi sanitari, oltre alle possibilità di affiancamento della LILT a livello provinciale. Nel quadro delle azioni promosse dalla cabina di regia costituitasi a livello locale per questo progetto sono state effettuate le seguenti attività:

1. è stata avviata una riflessione sui processi comunicativi interni all'Azienda sanitaria in merito agli screening, individuandone criticità e punti di forza;
2. è stato operato un censimento delle attività informative/comunicative in merito agli screening presidiate da diversi livelli aziendali: direzioni centrali, Servizio Rapporti con Il pubblico, Ufficio Stampa e distretti, mettendone in evidenza aree ed attività di possibile sinergia ed integrazione;
3. è stata effettuata una prima analisi del materiale informativo cartaceo utilizzato negli screening;
4. sono state raccolte le esperienze di comunicazione in merito agli screening oncologici che abbiano visto il coinvolgimento delle donne straniere, analizzandone punti di forza e criticità.

Il presente progetto, entro il Piano provinciale di prevenzione, potrebbe costituire una sorta di prosecuzione e completamento del precedente progetto della LILT, recuperando temi ed aspetti che non è stato possibile affrontare in quel contesto, tenuto conto anche della chiusura obbligatoria dello stesso progetto LILT alla fine di novembre 2010.

Obiettivo generale

ridurre le disuguaglianze nell'accesso agli screening oncologici attribuibili alla diversa cittadinanza nelle donne residenti in provincia di Trento, migliorandone l'accesso e l'adesione da parte delle donne straniere residenti.

Fasi del progetto

1. Inventario del materiale informativo e delle strategie comunicative esistenti.
2. Revisione e adeguamento del materiale e delle strategie al target obiettivo con coinvolgimento dei portatori di interesse.
3. Progettazione e sviluppo di un piano di comunicazione.
4. Realizzazione del piano di comunicazione.
5. Valutazione del progetto.

Criticità

La criticità principale è data dall'impossibilità di calcolare indicatori come adesione e copertura entro la fine del 2012*; saranno quindi calcolati come indicatori di valutazione esclusivamente indicatori di processo del progetto.

Attori coinvolti

Osservatorio Epidemiologico, Servizio Educazione alla Salute, Direzione Promozione Educazione alla Salute, Ufficio Rapporti con il Pubblico, Ufficio Stampa, Anatomia Patologica di Trento, Senologia, Assessorato alle politiche per la salute, Lega Italiana Lotta contro i Tumori, Gruppo immigrati e salute (GRIS), mediatori culturali.

6. BENEFICIARI

Popolazione straniera che non aderisce ai programmi di screening oncologici.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Riduzione delle disuguaglianze di salute esistenti nella popolazione. Miglioramento della conoscenza dei servizi offerti dal sistema sanitario provinciale, modalità di erogazione e di accesso dei/ai servizi offerti.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Sviluppo del piano di comunicazione	Reportistica del piano di comunicazione	Non presente	Presente		Presente	
Realizzazione del piano di comunicazione	Reportistica del piano di comunicazione	Non presente	Non presente		Presente	

(*) Il progetto si focalizza sul miglioramento dell'informazione e del coinvolgimento della popolazione target, tuttavia, fintanto che non saranno eseguiti degli interventi sulla popolazione non sarà possibile valutarne i risultati (vedi incremento atteso dell'adesione e della copertura). Al tempo stesso è possibile che nel periodo immediatamente successivo alle azioni fatte ci sia un incremento dell'adesione che potrebbe successivamente calare per stabilizzarsi su un determinato valore: questo andamento è difficilmente apprezzabile in un lasso di tempo di due anni. A maggior ragione questi argomenti valgono per la copertura che va calcolata per l'intero round di screening: 2 anni per mammografia e colon-retto, 3 per il Pap-test.

Cronoprogramma dell'attività														
Cod.	Attività	2011												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Risultato atteso 1: il gruppo di lavoro prende in esame il materiale informativo e le strategie comunicative aziendali e del privato sociale														
1	Stima dell'adesione e della copertura per stranieri e confronto con popolazione generale													
2	Creazione di un gruppo operativo trasversale ai 3 screening e integrazione con l'area del volontariato (LILT, GRIS)													
3	Inventario del materiale informativo e degli interventi sulla popolazione straniera prodotti da APSS e LILT													
4	Report sullo stato dell'arte													
Risultato atteso 2: il gruppo di lavoro si estende a rappresentanti della popolazione straniera e predisporre un piano di comunicazione focalizzato sulla popolazione target														
5	Mappatura dei mediatori sociali per le comunità di stranieri e reclutamento di alcuni di essi nel gruppo di lavoro													
6	Individuazione delle strategie di comunicazione													
7	Realizzazione del piano di comunicazione													
8	Applicazione del piano di comunicazione													
9	Report finale													

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Contrastare lo screening opportunistico del tumore della cervice uterina”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“3.1 Tumori e screening”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“3.1.2 Contrastare lo screening opportunistico del tumore della cervice uterina”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

In provincia di Trento sono attivi tre programmi di screening oncologici organizzati. Si tratta del pap test (operativo dal 1993), dello screening mammografico (operativo dal 2000) e dello screening colo-rettale (operativo dal 2007). Tenuto conto che lo screening colo-rettale deve ancora completare il suo primo round a livello provinciale e che lo screening mammografico soddisfa, per la gran parte degli indicatori, il criterio di ottimalità del GISMa/ONS, si è ritenuto utile o meglio prioritario affrontare lo screening pap test.

Il problema dell'accesso spontaneo al pap test, anche in aree dove sia operativo un programma organizzato, è da tempo noto alla rete collaborativa regionale e questo tema sta ricevendo da qualche anno a questa parte un'attenzione crescente, tenuto conto che un accesso spontaneo si associa frequentemente a: maggiore medicalizzazione, minore standardizzazione dei percorsi di approfondimento diagnostico, minore appropriatezza delle cure, potenziale maggiore overtreatment. Nel complesso maggiori costi e minori performances per i servizi sanitari, maggiori effetti avversi potenziali per la popolazione femminile coinvolta. La quota di screening pap test spontaneo pare per altro incidere in minor misura nelle realtà dove lo screening pap test fa riferimento in modo esclusivo o quasi esclusivo ai servizi pubblici e tra questi in particolare alla rete dei consultori.

Per quanto riportato alla rete dei referenti regionali degli screening oncologici, coordinati dall'ONS (Osservatorio Nazionale Screening), non tutte le regioni hanno affrontato questo tema e tra quelle che si sono poste il problema emerge una diversità di approcci, spiegabili in parte con i criteri organizzativi specifici dei servizi sanitari regionali ed in parte con la storia evolutiva locale dello screening.

Obiettivo generale

Lo scopo generale del progetto è quello di ridurre la quota di screening pap test spontaneo nella popolazione femminile residente in provincia di Trento ed in età bersaglio per lo screening: 25-64 anni, proponendo una serie di interventi che, integrati tra loro, dovrebbero consentire una potenziale se non effettiva reingegnerizzazione dello stesso screening.

Dati di contesto

L'identificazione delle fasi di attività in cui articolare il presente progetto può fare riferimento ad una sorta di elenco che è possibile fare in merito ai fattori

che allo stato, in provincia di Trento, possono essere considerati come fattori permissivi dell'accesso spontaneo allo screening pap test. I **fattori permissivi** possono essere considerati i seguenti:

Aspetti normativi

- ▶ possibilità, da parte delle donne invitate, di accedere alle strutture private (proprio ginecologo di fiducia) ed alle strutture territoriali pubbliche, al di fuori della periodicità prevista, dietro pagamento di un ticket (circa 14 Euro); questa opzione risulta in modo esplicito dalle deliberazioni di attuazione dello screening pap test organizzato (deliberazione della Giunta provinciale n.4001 del 29 marzo 1993; deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda sanitaria n.798 dell'11 marzo 1998); l'accesso al privato contribuisce tra l'altro ad uno storno di preparati citologici presso laboratori fuori provincia (specie nelle aree a sud e a nord est della provincia) con conseguente difficoltà a definire in modo preciso non solo la quota di screening spontaneo ma anche un indicatore importante come la copertura.

Aspetti organizzativi

- ▶ duplice criterio di gestione degli inviti/reinviti e di lettura (quindi di tempistica nella ripetizione del test) fino al 2007. L'Anatomia Patologica di Rovereto dava indicazioni di ripetere il test dopo 12 mesi, se negativo. Una quota parte dello screening pap test spontaneo continua comunque ad essere letta presso l'U.O. di Anatomia Patologica di Rovereto, con il mantenimento della tempistica sopra ricordata;
- ▶ scarso se non nullo coinvolgimento dei ginecologi e delle ostetriche nelle fasi di progettazione del programma organizzato e nelle valutazioni e rendicontazioni periodiche;
- ▶ scarso coinvolgimento ed utilizzo delle strutture territoriali pubbliche come punti di prelievo;
- ▶ carente definizione delle procedure per l'attuazione del pap test nelle strutture territoriali pubbliche (consultori, ambulatori ostetrico-ginecologici, poliambulatori); oltre a mancare un documento aziendale specifico, le procedure operative risultano differenziate nei singoli distretti sanitari;
- ▶ mancata definizione degli standard operativi inerenti l'attività di colposcopia: numero, attività, registrazione e della distribuzione dei punti di colposcopia sul territorio sia per l'attività in screening che fuori screening.

Aspetti di informazione e sensibilizzazione

- ▶ scarsi interventi di informazione e sensibilizzazione nei confronti degli operatori dell'area ostetrico-ginecologica, tenuto anche conto del fatto che già in uno studio condotto nel 2001 dall'Osservatorio Epidemiologico, emergeva come oltre il 50% dei ginecologi (ospedalieri e/o territoriali) operanti in provincia di Trento, riteneva appropriata una ripetizione del pap test di screening a cadenza annuale; tale dato viene peraltro riconfermato indirettamente da un'altra indagine campionaria condotta nel 2008.

Aspetti inerenti la valutazione interna

- ▶ la registrazione della tipologia pap test (spontanei vs. su invito) nel gestionale dello screening è possibile, anche se il criterio di definizione va specificato e reso condiviso e riproducibile; il dato è stato peraltro poco analizzato in sé in passato;
- ▶ carenza di confronto sistematico tra i vari servizi coinvolti nella gestione e valutazione delle attività complessive correlate allo screening pap test;
- ▶ il gruppo multi professionale di valutazione dello screening pap test (per altro previsto esplicitamente nella deliberazione dell'Azienda sanitaria sullo screening pap test) non risulta più convocato in modo sistematico negli ultimi 3 anni. In tale gruppo non risulta peraltro presente la figura del ginecologo e/o dell'ostetrica territoriale. Carente risulta anche il raccordo con la Direzione Sanitaria (ex Direzione Cura e Riabilitazione) cui compete il coordinamento dell'attività assistenziale ospedaliera e territoriale.

Fasi di attività – Criticità

Un abbattimento consistente della quota spontanea dello screening pap test potrebbe verosimilmente essere ottenuto modificando il regime di attuazione dello screening (da pubblico/privato a solo pubblico) attraverso un potenzialmente dell'attività dei consultori. Va tenuto per altro conto anche dell'impraticabilità di tale azione nel breve-medio periodo. Per questo si propone una rosa di interventi che hanno la finalità di superare o per lo meno contrastare in modo sinergico i singoli fattori permissivi sopra enunciati.

- ▶ quantificare la precisa entità dello screening pap test spontaneo attraverso l'analisi del database dello screening: va implementato e testato un algoritmo interno che possa quantificare in modo preciso l'entità del fenomeno. Una stima conservativa quantifica a circa il 50% la quota annuale dei pap test spontanei nelle donne in età di screening; tale stima deve comunque essere verificata tenendo anche quanto di quanto illustrato in precedenza circa la quota di pap test stornata in laboratori esterni e le differenze di invito alla ripetizione tra le due U.O. di Anatomia Patologica;
- ▶ valutare il percorso di approfondimento diagnostico tra i casi ad accesso spontaneo ed i casi entro il programma organizzato attraverso record linkage tra database dello screening e database colposcopie: la possibilità e l'efficacia del record linkage è influenzata dalla qualità e dalla corrispondenza dei dati tra i due database;
- ▶ valutare il trattamento nei casi individuati a seguito di accesso spontaneo e nei casi entro il programma di screening organizzato: è necessario un supporto da parte del clinico in quanto la pura analisi attraverso i dati informatizzati non fornisce indicazioni precise in merito non solo alla tipologia di trattamento ma anche in merito alla loro appropriatezza;
- ▶ standardizzare gli approcci diagnostici e gli approcci terapeutici: necessario un forte supporto da parte dei clinici;
- ▶ revisione dei punti di colposcopia e definizione delle linee guida diagnostiche e terapeutiche; necessario un forte supporto da parte dei clinici oltre che

da parte del Servizio Sistemi Informativi. Sarà anche opportuna una precisa indicazione da parte del Dipartimento Materno-infantile e della Direzione Sanitaria/Generale in merito alla strategia da adottare circa la rete colposcopia ospedaliera-territoriale;

- ▶ revisione della deliberazione di attuazione dello screening pap test con definizione, tra l'altro, del nuovo gruppo di valutazione multidisciplinare: è opportuno che tale gruppo venga rivisto, pur nel quadro di un gruppo multidisciplinare inter-screening più vasto, tale in ogni caso da assicurare un ruolo attivo ai clinici (ginecologi) ed agli operatori dei distretti;
- ▶ sensibilizzazione degli operatori al rispetto del timing dello screening, in particolare i ginecologi pubblici e privati: vanno previsti interventi di formazione a favore degli operatori sanitari (medici e non), pubblici e convenzionati, che intercettano la donna nelle diverse fasi dello screening. Vanno calendarizzati gli eventi formativi d'accordo con il Dipartimento Materno-Infantile ed il Servizio di Formazione dell'Azienda sanitaria;
- ▶ informazione della popolazione in merito alla appropriatezza di accesso allo screening: va definita una strategia comunicativa nei confronti della popolazione femminile, integrando quella corrente, in sinergia con le agenzie già presenti ed attive a livello territoriale come la Sezione Provinciale della LILT (Lega Italiana per la lotta contro i Tumori); questa azione potrebbe rappresentare la continuazione ed il completamento di quanto intrapreso in relazione al *Progetto screening LILT: si scrive screening si legge prevenzione dei Tumori*;
- ▶ disincentivare l'accesso spontaneo al pap test nelle donne in età bersaglio: attraverso una sensibilizzazione dei ginecologo e delle stesse donne; non pare opportuno un aumento del ticket per pap test spontaneo in quanto in caso di visita privata presso il proprio ginecologo la donna in genere paga la visita e il pap test assume il significato di una prestazione aggiuntiva;
- ▶ trasposizione dello screening spontaneo entro i criteri dello screening organizzato: generazione dei nuovi inviti secondo la cronologia effettiva dei pap test effettuati, sia in screening che fuori screening; è richiesta per questa attività che rappresenta la vera e propria azione di reingegnerizzazione dello screening spontaneo, una modifica dell'algoritmo di selezione dei soggetti da invitare.

Le presenti azioni sono sistematizzate e calendarizzate nel crono programma allegato.

Attori

Gli attori sono, per le diverse competenze, gli operatori medici e statistici dell'Osservatorio Epidemiologico, il personale dell'U.O. di Anatomia Patologica dell'Ospedale S.Chiara di Trento (gestore dello screening) e dell'U.O. di Anatomia Patologica dell'Ospedale S.Maria del Carmine di Rovereto; il Dipartimento Materno-Infantile e nelle fattispecie i ginecologi ospedalieri e territoriali (sumaisti), il Servizio Sistemi Informativi, la rete dei consultori familiari dei distretti sanitari, Il Servizio Educazione alla salute; la sezione provinciale della Lega Italiana per la lotta contro i Tumori.

6. BENEFICIARI

I beneficiari sono in primis le donne residenti in provincia di Trento in età bersaglio per lo screening pap test: 25-64 anni e secondariamente tutti gli operatori sanitari: ospedalieri e non che intercettano la donna nelle diverse fasi dello screening pap test.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Ridurre la quota di screening pap test spontaneo attraverso interventi multipli sugli attori coinvolti nelle diverse fasi operative, sugli strumenti operativi ed organizzativi e sulle procedure, anche attraverso una vera e propria reingegnerizzazione della quota spontanea in quota organizzata. Analisi e definizione dei percorsi di approfondimento diagnostico e dei trattamenti tra casi identificati tramite accesso spontaneo e accesso entro il programma organizzato. Riduzione delle eventuali differenze di appropriatezza diagnostico-terapeutica tra casi ad accesso spontaneo e casi ad accesso entro il programma organizzato. Miglioramento dell'integrazione tra i diversi servizi aziendali coinvolti nell'attuazione e nella valutazione delle attività di screening.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% pap test spontaneo nelle donne in età bersaglio	U.O. Anatomia Patologica di Trento	Stima grezza 50%	Minore del 50% (*)		Minore rispetto all'anno precedente (*)	
% casi accertati ad accesso spontaneo con percorso di approfondimento inappropriato	Record linkage database screening/colpo scopia	Ignoto	Nota			
% casi accertati ad accesso spontaneo con trattamento inappropriato	Record linkage database screening/colpo Scopia/SIO	Ignoto	Nota			
% casi accertati ad accesso entro lo screening organizzato con percorso di approfondimento inappropriato	Record linkage database screening/colpo scopia	Ignoto	Nota			
% casi accertati ad accesso entro lo screening organizzato con trattamento inappropriato	Record linkage database screening/colpo Scopia/SIO	Ignoto	Nota			
Linee guida per l'invito dei casi	Documento APSS allegato a delibera		Documento revisionato		Attività previste operative	
Linee guida per l'approfondimento dei casi	Documento APSS allegato a delibera		Documento revisionato		Attività previste operative	
Linee guida per il trattamento dei casi	Documento APSS allegato a delibera		Documento revisionato		Attività previste operative	
Delibera sulla gestione/Valutazione della attività di screening pap test	Delibera APSS		Documento revisionato		Documento validato ed operativo	
Piano di sensibilizzazione degli operatori	Documento di progetto		Sensibilizzato il 50% degli operatori		Sensibilizzato il rimanente 50% degli operatori	
Piano di sensibilizzazione delle donne in età bersaglio	Documento di progetto		Piano definito		Piano in corso di implementazione	

(*) Questo indicatore non solo può essere di calcolo difficile ma è anche influenzato dal timing dei round di screening. Per questo ci si può aspettare un suo eventuale valore positivo oltre la scadenza del 31.12.2012.

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Migliorare il tempo pre-utic nei soggetti con infarto miocardio ST sopra (STEMI)”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“3.2 Malattie cardiovascolari”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“3.2.1 Migliorare il tempo pre-utic nei soggetti con infarto miocardio ST sopra (STEMI)”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

Nei soggetti colpiti da infarto miocardico acuto del tipo ST sopra (STEMI) il tempo dall'insorgenza dei sintomi (abituamente il dolore toracico) alla terapia di riperfusione (farmacologica con trombolisi o meccanica con angioplastica primaria) è fondamentale ai fini dell'outcome in termini sia di sopravvivenza che di menomazione residua. Questo tempo è composto dal tempo decisionale del paziente (dall'inizio del dolore alla chiamata di soccorso), dal tempo pre ospedaliero (dalla chiamata di soccorso all'arrivo in ospedale) e dal tempo intraospedaliero (dall'arrivo in ospedale alla riperfusione o ingresso in UTIC). Fino ad ora l'attenzione è stata volta all'ultima di queste frazioni: il tempo dall'ingresso in Ospedale alla riperfusione: cosiddetto tempo “door to needle” in caso di riperfusione farmacologica e “door to balloon” in caso di riperfusione meccanica con angioplastica. In effetti quello che conta è il tempo che passa dall'insorgenza del dolore (che con una buona approssimazione può essere assunto come inizio della ischemia) alla riperfusione sia dal punto di vista clinico (il tempo di “ischemia” correla con l'outcome) sia dal punto di vista organizzativo stante l'attuale modello a rete per il trattamento dei soggetti colpiti da STEMI che coinvolge non solo l'Ospedale ma anche il servizio 118 ed i reparti di Pronto Soccorso-Medicina d'urgenza. Ognuno dei tre segmenti che compongono il tempo pre-riperfusione (o pre UTIC) richiede, per il suo contenimento, misure diverse: l'educazione sanitaria alla popolazione per il tempo decisionale, laddove invece i restanti segmenti (extraospedaliero ed ospedaliero) possono essere accorciati da protocolli (coinvolgenti il sistema dell'emergenza/118, i reparti di Pronto Soccorso/Medicina d'urgenza ed i Reparti di Cardiologia) semplici, agili, condivisi e facilmente applicabili.

Scopi generali

Migliorare il percorso assistenziale e, conseguentemente, l'outcome dei pazienti con STEMI.

Fasi del Progetto

1. valutazione dei 3 segmenti del tempo pre-riperfusione (o pre UTIC) in provincia di Trento;
2. confronto dei dati con i dati disponibili delle altre realtà italiane;
3. eventuale (in caso di rilevamento di criticità) elaborazione e proposta azioni correttive mirate;
4. implementazione di azioni migliorative mirate.

Attività

1. elaborazione di una scheda idonea al rilevamento dei tempi pre riperfusione (o pre UTIC): tempo decisionale, tempo preospedaliero e tempo ospedaliero (durata: 1 mese);
2. coinvolgimento-formazione degli attori (durata 2 mesi);
3. inizio e svolgimento della valutazione (durata: 6 mesi);
4. raccolta dei risultati (durata 1 mese);
5. valutazione dei risultati, benchmarking ed individuazione di eventuali "criticità" (durata: 1 mese);
6. elaborazione e proposta di azioni correttive mirate (durata: 1 mese);
7. pianificazione delle azioni migliorative (durata: 2 mesi);
8. implementazione delle azioni migliorative (durata: 6 mesi);
9. verifica delle modificazioni indotte dalle azioni correttive adottate (durata: 4 mesi).

Durata complessiva: 2 anni.

Attori

personale del 118, dei Reparti di Pronto Soccorso/Medicina di urgenza e dei Reparti di Cardiologia

Criticità

1. Coinvolgimento, anche "culturale" degli attori.
2. Supporto della Direzione Aziendale per la collocazione della scheda in cartella clinica.
3. Elaborazione di una scheda che sia anche strumento di lavoro.
4. Compliance dei cittadini (in caso di azioni per il ritardo decisionale).
5. "Resistenze" a combiamenti organizzativi: del 118 (in caso di azioni per contenere i tempi pre ospedalieri) del Reparti di Pronto Soccorso/Medicina d'urgenza (in caso di azioni per il contenimento del tempo intraospedaliero).

6. BENEFICIARI

I soggetti con STEMI della provincia di Trento (intorno ai 500/anno).

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Migliorare il percorso assistenziale e, conseguentemente, l'outcome dei pazienti con STEMI.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
1) Numero di schede complete vs numero di STEMI	1) Cartelle cliniche		1) 90%			
2) Elaborazione di un documento con risultati, discussione e conclusioni, anche propositive	2) Inoltro del documento		2) Completezza del documento			
3) Verifica dei tempi pre-riperfusione dopo le azioni correttive intraprese	3) Confronto dei tempi del primo anno con quelli degli ultimi 4 mesi del secondo anno				3) Accorciamento dei tempi pre-riperfusione >25%	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Qualità dell’assistenza dei pazienti con ictus”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“3.2 Malattie cardiovascolari”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“3.2.2 Qualità dell’assistenza dei pazienti con ictus”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO PROGRAMMATO

Contesto e razionale

L’ictus è la terza causa di morte e la prima di invalidità nel mondo occidentale. Il paziente con ictus viene ricoverato in Neurologia a Trento e a Rovereto, in Medicina e in Geriatria in tutti gli ospedali del Trentino. E’ oggi disponibile un trattamento radicale con la trombolisi per via venosa che, per essere efficace, deve avvenire entro 3 ore, in taluni casi 4-5, dall’esordio dei sintomi. E’ fondamentale quindi che non ci sia, all’interno della catena assistenziale, alcuna perdita di tempo per arrivare quanto prima possibile al trattamento endovenoso. Nonostante gli sforzi per uniformare la qualità dell’assistenza, non solo a livello provinciale, ma anche nazionale ed internazionale, esistono ancora molte differenze nella gestione della malattia nelle diverse realtà organizzative. E’ quindi impossibile ogni raffronto sulla gestione del paziente colpito da ictus nei diversi reparti/ospedali, anche in condizioni organizzative simili. Si sente pertanto la necessità di disporre di parametri oggettivi di valutazione della qualità dell’assistenza erogata a questi pazienti.

Obiettivo generale

Migliorare il percorso assistenziale del paziente con ictus, attraverso l’identificazione e diffusione delle best practices sul territorio provinciale al fine di prevenire le ricadute.

Obiettivo specifico 1

Raccogliere sistematicamente ed in maniera standardizzata le informazioni relative alla gravità iniziale del quadro neurologico per rendere confrontabili i decorsi clinici dei pazienti. Per poter confrontare i decorsi clinici dei pazienti ricoverati nelle diverse strutture occorre avere, per ogni paziente ricoverato per ictus, informazioni standardizzate relative alla gravità iniziale del quadro neurologico. Dalla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) si conosce la destinazione finale del paziente, ma manca il dato iniziale di gravità del quadro clinico. La compilazione della scala NIHSS, National Institute of Health Stroke Scale, colmerebbe questa deficienza permettendo di correlare la gravità del quadro clinico iniziale all’intero percorso assistenziale del paziente colpito da ictus. Segnalando anche le comorbidità, il quadro clinico iniziale sarebbe meglio definito.

Obiettivo specifico 2

Individuare parametri oggettivi e quantificabili per valutare la qualità dell’assistenza erogata al paziente colpito da ictus, compresa la valutazione dei tempi

(dall'esordio della sintomatologia in poi, lungo le successive tappe del percorso assistenziale). È necessario individuare alcuni criteri di qualità dell'assistenza, oggettivi e quantificabili, al fine di disporre di uno strumento di valutazione, seppure imperfetto, della qualità dell'assistenza stessa. Vanno valutati:

- ▶ definizione eziologica dell'ictus;
- ▶ percentuale di pazienti, sugli eligibili, sottoposti a trombolisi;
- ▶ percentuale di pazienti valutati con test per disfagia;
- ▶ profilassi per TVP;
- ▶ misurazione della pressione arteriosa ed eventuali ipotensivi alla dimissione;
- ▶ profilo lipidico ed eventuale statina alla dimissione;
- ▶ antiaggreganti alla dimissione e nelle prime 24 ore;
- ▶ TAO se indicato;
- ▶ consigli su fumo;
- ▶ ora di comparsa dei sintomi.

Particolare importanza in quest'ottica assume la verifica dei tempi entro cui il paziente, dall'esordio della sintomatologia, arriva in Pronto Soccorso, esegue la TAC cranio, viene visitato, viene ricoverato con diagnosi di ictus e viene eventualmente trattato, lungo l'intera catena assistenziale.

Il momento di comparsa dei disturbi neurologici (che rappresenta il "momento zero" da cui inizia il computo dei successivi tempi) va registrato insieme agli altri parametri individuati in cartella clinica (o sul registro informatizzato). I dati sono necessari per sapere quanti pazienti avrebbero bisogno di determinati trattamenti e per sapere se, alla dimissione o nei tempi previsti, tali trattamenti siano stati realmente offerti (con un semplice rapporto tra i pazienti che avrebbero indicazione per un dato trattamento al denominatore e, al numeratore, i pazienti realmente posti in quel tipo di trattamento). Può essere poi costruito un punteggio che sia la somma dei parametri applicati in rapporto a quelli applicabili. Questo permetterebbe, seppure con qualche aggiustamento, un confronto immediato nella qualità delle cure al paziente con ictus.

Fasi/Attività

1. Prima fase (sei mesi) di addestramento (FSC) degli operatori sanitari (medici e infermieri) dei reparti interessati (Neurologia, Geriatria e Medicina di Rovereto, Medicina e Geriatria degli altri ospedali provinciali) da parte del personale della Neurologia di Trento;
2. Informatizzazione, nella prima fase.
3. Raccolta dei dati a partire dal secondo semestre 2011.
4. Analisi dei dati a fine anno.
5. Redazione di un report finale con individuazione delle best practices e proposta operativa di disseminazione delle stesse sull'intero territorio provinciale.

Attori

Medici ed infermieri della Stroke Unit, operatori sanitari delle diverse unità operative interessate; Medici della Neurologia di Trento e della Direzione Generale

che formano i medici delle diverse Unità Operative coinvolte, Servizio formazione.

Criticità

occorre inserire una voce di budget specifica sia per i reparti destinatari della formazione che per i medici della Neurologia di Trento e della Direzione Generale.

6. BENEFICIARI

Per beneficiari si intende il target dell'intervento (possibilmente, anche in termini numerici e percentuali): decisori dell'Azienda sanitaria, operatori sanitari coinvolti, tutti i pazienti colpiti da ictus (circa 1000 l'anno in Trentino).

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Compilazione, per ogni paziente colpito da ictus, della scala NIHSS	CC-Registro informatizzato	Zero	Compilazione della NIHSS su almeno la metà dei pazienti del 2° semestre		Compilazione della NIHSS su almeno l'80% dei pazienti dei 12 mesi.	
Dati relativi i tempi delle fasi del percorso assistenziale	CC o registro informatizzato		50% dei pazienti del 2° semestre		almeno l'80% dei pazienti	
Individuazione della causa dell'ictus e precisazione della sua natura	CC o registro informatizzato		50% dei pazienti		80% dei pazienti con ictus	
Percentuale di pazienti sottoposti a trombolisi tra coloro che rispondevano ai criteri di inclusione	CC o registro informatizzato		Tutti gli elegibili del 2° semestre		Tutti gli elegibili	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Migliorare la gestione ambulatoriale e territoriale dei pazienti diabetici in Valsugana”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“3.3 Diabete”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“3.3.1 Migliorare la gestione ambulatoriale e territoriale dei pazienti diabetici in Valsugana”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

Il diabete mellito è la più diffusa malattia metabolica cronica e rappresenta, con sue complicanze, un rilevante problema di salute pubblica. La mortalità nei pazienti diabetici è due volte quella di pazienti non diabetici; nel diabetico l'incidenza delle malattie cardiovascolari è tre volte maggiore; il diabete è la principale causa di cecità, di malattia renale che porta a dialisi e di amputazione degli arti inferiori. La prevalenza del diabete noto in Italia è del 4.8%; essa sale al 12% per le età > di 65 anni (ISTAT), nel 90% dei casi si tratta di diabete mellito di tipo 2 (AMD). Il diabete è una malattia che deve essere gestita con capacità professionali multidisciplinari e con un'organizzazione di tipo interdisciplinare. I professionisti coinvolti nel processo di cura sono il medico di medicina generale, il medico specialista nella malattia (Centri Anti Diabetici, CAD), altri specialisti, gli infermieri. Esiste ampia letteratura scientifica in merito; sono state sviluppate linee guida e proposti profili teorici di gestione integrata del diabete tra professionisti specialisti della malattia e professionisti dell'assistenza primaria (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, PDTA). Tuttavia da anni è evidente e persistente un significativo scollamento nell'organizzazione dell'assistenza di questa patologia tra le linee teoriche gestionali e la loro realizzazione pratica. Essendo il diabete una patologia ad alta prevalenza è l'aspetto organizzativo gestionale complessivo, l'applicazione di un PDTA condiviso tra le diverse realtà operative, che è in grado di determinare un miglioramento continuo e sostenibile della qualità della assistenza.

Da circa vent'anni sono i Centri Anti Diabetici (CAD) il riferimento dell'assistenza ai pazienti diabetici. Questi servizi avrebbero dovuto, e dovrebbero, essere operativi in collaborazione con i medici di medicina generale. Tuttavia questa azione è stata poco sviluppata ed è rimasta in parte teorica. È evidente, ad oggi, la necessità di un suo recupero in forma estensiva e compiuta. L'analisi delle attività svolte nei vari CAD sul territorio nazionale rileva un'ampia variabilità circa la tipologia di gestione assistenziale del paziente diabetico. In diversi contesti clinici si rileva che l'attuazione sistematica degli standard di cura del diabete erogata nei CAD (AMD 2010) è risultata essere inadeguata. I dati pubblicati sugli *Annali AMD 2008* dimostrano, ad esempio, che una valutazione del profilo lipidico è eseguita solo

in circa il 71% dei soggetti, che la pressione arteriosa è valutata solo nel 75%, che la nefropatia è monitorata solo in circa il 50% e che il piede viene valutato solo nel 30% dei soggetti a rischio. Ancora nel diabete di tipo 2 l'obiettivo per la HbA1c è raggiunto nel 48,2%, quello per il colesterolo LDL nel 39,7%, quello per la pressione arteriosa nel 38,7%. È verosimile che la causa principale dei livelli di cura inadeguati rilevati sia da ricercarsi nel sistema di erogazione dei servizi, troppo spesso frammentario, che difetta nelle capacità di informazione clinica, spesso duplica i servizi e non ha banche dati comuni. In considerazione di questa persistente disomogeneità di intervento nei diversi CAD e della necessità di un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale, a fronte di molteplici progetti teorici di integrazione nel trattamento del diabete, si propone un progetto pilota di miglioramento gestionale della malattia diabetica "sul campo" in una macroarea montana del Trentino di 85.000 abitanti, la Valsugana, con la presenza sul territorio di tre diversi CAD, di n. 67 medici di medicina generale e di una struttura ospedaliera.

Scopi generali

Rendere omogenea la gestione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali della malattia diabetica alla luce delle linee guida nei tre CAD, avvalendosi anche dell'informatizzazione dei dati clinici e coinvolgendo i medici di medicina generale come parte attiva nella valutazione dei loro pazienti diabetici. Passi questi propedeutici ed indispensabili per una reale possibilità di gestione integrata del diabetico tra CAD e territorio.

Fase 1: omogeneizzare l'attività dei CAD, informatizzare la cartella clinica diabetologica e mettere in rete i dati tra i CAD (2011);

Fase 2: coinvolgere e motivare i medici di medicina generale nella gestione della malattia diabetica (2012).

Attività prima fase (2011)

- ▶ rendere omogenea l'applicazione del PDTA per il diabete, concordato nei tre diversi CAD che operano sul territorio: inquadramento diagnostico, identificazione dei danni d'organo, delle complicanze e delle comorbidità (schedulazione set controllo ed interventi), intervento educativo sul paziente (partecipazione attiva del paziente); cura;
- ▶ informatizzare la cartella clinica diabetologia e mettere in rete dei dati tra i CAD.

Attività seconda fase (2012)

- ▶ coinvolgere professionalmente e motivare i medici di medicina generale nella gestione della malattia diabetica con incontri di approfondimento scientifico-organizzativo;
- ▶ invitare i medici di medicina generale a partecipare ad un progetto di identificazione del profilo assistenziale di tutti i propri pazienti affetti da diabete mellito. Ciò allo scopo di rilevare l'anagrafe epidemiologica reale; l'esecuzione degli accertamenti atti ad identificare i danni a carico degli organi bersaglio;

la percentuale di pazienti seguiti solo dai medici di medicina generale e quindi non afferenti al CAD; la percentuale di pazienti con diabete mellito di tipo 2 dell'adulto con un "profilo diabetico stabile", pazienti che potrebbe essere gestiti dai medici di medicina generale secondo un PDTA concordato, avvalendosi del CAD per consulenza (eventuale visita annuale). E' definito "profilo diabetico stabile" la presenza di un adeguato controllo glicemico, una adeguata compliance e la presenza di comorbidità lieve.

Attori

Prima fase: medici ed infermieri dei CAD, pazienti; seconda fase: medici, ed infermieri dei CAD, medici di medicina generale, pazienti.

Criticità

La necessità di formazione continua specifica per i medici di medicina generale; modalità di coinvolgimento dei medici di medicina generale nel programma di identificazione dei profili assistenziale dei pazienti diabetici; prevedere la possibilità che i medici di medicina generale possano effettuare l'esenzione ticket per la patologia diabetica (motivazione e responsabilizzazione, riduzione degli accessi al CAD per sola esenzione).

6. BENEFICIARI

Pazienti diabetici, medici dei CAD, MMG, infermieri

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Ridurre l'insorgenza di complicanze nei pazienti diabetici attraverso il miglioramento della gestione della malattia nei CAD e sul territorio (medici di medicina generale).

Obiettivi specifici

- ▶ applicazione omogenea del PDTA nei tre CAD ed informatizzazione condivisa dei dati clinici: valutazione con indicatori di processo (% casi valutazione assetto lipidico), indicatori di esito intermedio (Hb glicata < 8%) e di organizzazione (informatizzazione cartella clinica);
- ▶ coinvolgimento dei medici di medicina generale nel progetto di identificazione del profilo assistenziale dei propri pazienti affetti da diabete mellito: valutazione con la % di adesione dei medici di medicina generale al progetto (% MMG) e la % di pazienti diabetici con "profilo diabetico stabile".

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% casi assetto lipidico	APSS, CAD	-	> 70%		>90%	
% casi Hb< 8		-	> 40%		>60%	
CAD informatizzati	APSS, CAD	-	100%		-	
% adesione MMG	Azienda	-	>50%		-	
% casi profilo diab. stabile		-	-		> 20%	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Miglioramento decorso clinico BCPO attraverso incremento dell’appropriatezza dell’uso di broncodilatatori a lunga durata non associate a corticosteroidi”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“3.4 Malattie respiratorie croniche”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“3.4.1 Miglioramento decorso clinico BCPO attraverso incremento dell’appropriatezza dell’uso di broncodilatatori a lunga durata non associate a corticosteroidi”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

Le malattie respiratorie croniche rappresentano la terza causa di morte e si prevede che, anche a causa dell’invecchiamento della popolazione, la prevalenza di tali patologie sia destinata ad aumentare (Ministero della Salute). L’approccio gestionale alle malattie respiratorie croniche, in grado di conciliare un’ottimale assistenza sanitaria e una spesa pubblica sostenibile, è rappresentato dalla prevenzione primaria e dalla diagnosi il più possibile precoce, con strumenti standardizzati, cui seguono terapie tempestive e appropriate, in grado di prevenire o ritardare l’invalidità, trattando i malati cronici il più possibile sul territorio (Ministero della Salute). Nel 2006 in Italia sono avvenuti 35.751 decessi per malattie dell’apparato respiratorio (57% maschi), il 6,4% di tutte le morti, con un quoziente di mortalità marcatamente più elevato dopo i 64 anni d’età. La BPCO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva) è la principale tra le malattie respiratorie croniche dell’adulto e ad essa è attribuibile più del 50% della mortalità per cause respiratorie (GARD Italia).

Anche in provincia di Trento le malattie respiratorie rappresentano, sulla base dei dati epidemiologici del 2008, la 4° causa di ricovero e la 3° causa di mortalità, soprattutto nella popolazione ultrasessantenne, con un PMR del 6,6%, 6,9% nei maschi e 6,2% nelle femmine (Annuario statistico epidemiologico della Provincia autonoma di Trento 2010).

Le dimissioni ospedaliere di persone residenti dalle strutture di degenza della nostra provincia, codificate con il DRG 88 “malattia polmonare cronica ostruttiva”, nel 2008 sono state pari a 423, con un tasso di ospedalizzazione pari a 82,13 casi/100.000 abitanti (Annuario statistico epidemiologico della Provincia autonoma di Trento 2010).

Nella fascia di età compresa tra i 50 e i 74 anni il tasso di ospedalizzazione codificata con il medesimo DRG è risultato di 58,76 casi/100.000 residenti, il più basso tra quello riscontrato nelle regioni e provincie italiane, dove la media è stata di 166,58/100.000 (Scuola Superiore S Anna di Pisa 2009). Il DRG 88 si colloca, a livello nazionale, al 12° posto tra le cause di ricovero ospedaliero per acuti, pari all’1,0% del totale dei ricoveri e all’1,3% delle giornate di degenza (Ministero della Salute).

In coerenza con obiettivi di appropriatezza assistenziale nella nostra provincia si ricoverano principalmente pazienti con riacutizzazione di BPCO accompagnata da insufficienza respiratoria, acuta o acuta su cronica. Ed ecco che la BPCO viene a rappresentare la principale condizione morbosa alla base della codifica DRG 87, Edema polmonare e insufficienza respiratoria, che si attesta tra i DRG più frequenti (11° posto con 1.259 casi pari all'1,3% dei ricoveri totali) (Annuario statistico epidemiologico della Provincia di Trento 2010). I dati nazionali indicano per lo stesso DRG il 6° posto per frequenza di ricoveri pari all'1,4% del totale ma corrispondente al 2,1% delle giornate complessive di degenza in reparti per acuti (Ministero della Salute).

Una quota rilevante di casi di BPCO riacutizzata viene inoltre codificata con il DRG 89, Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC, poiché frequentemente la malattia si acutizza con un'infezione polmonare accompagnata da complicanze quali pleurite o scompenso cardiaco. Le dimissioni con DRG 89, nel 2008, in Trentino, sono state complessivamente 728, 26° causa di ricovero, 0,8% del totale mentre, a livello nazionale, si sono collocate al 18° posto, 0,82% dei ricoveri totali, 1,5% delle giornate di degenza.

Sulla base di dati epidemiologici nazionali, sostanzialmente in linea con quelli europei e nord americani, si può stimare che almeno circa 26.000 trentini, il 5% della popolazione residente in provincia, presenti BPCO, con tassi che potrebbero raggiungere il 12% tra i residenti con età superiore a 50 anni (24.000/200.000). Le linee guida GOLD-OMS prevedono che la gravità della malattia sia definita sulla base dei dati clinici (presenza o non di sintomi respiratori cronici quali tosse, espettorazione, dispnea) e funzionali (grado di ostruzione alla spirometria e presenza o non di insufficienza respiratoria, documentata con emogasanalisi arteriosa), in 4 stadi, a ciascuno dei quali corrispondono sia indici prognostici progressivamente meno favorevoli sia soprattutto una combinazione di provvedimenti preventivi, terapeutici e/o riabilitativi, i più coerenti con l'evidenza scientifica maturata negli ultimi anni.

Ed è così che gli stadi II, III e IV prevedono ad esempio l'impiego regolare, in fase di stabilità clinica, di broncodilatatori a lunga durata d'azione per via inalatoria. Gli stessi possono essere associati a corticosteroidi inalatori se il paziente presenta frequenti esacerbazioni, almeno 3 negli ultimi 3 anni (linee guida GOLD 2010). I broncodilatatori a lunga durata d'azione attualmente disponibili sono i beta 2 adrenergici salmeterolo, formoterolo, indacaterolo e l'anticolinergico tiotropio bromuro (Tb). Detti farmaci hanno dimostrato di migliorare la funzionalità respiratoria, di attenuare i sintomi della malattia e in particolare la dispnea e le limitazioni all'attività fisica, impattano favorevolmente sulla qualità della vita (QV) degli ammalati e possono ridurre la frequenza delle riacutizzazioni. Presentano un profilo di sicurezza accettabile benché i beta2 adrenergici possano presentare alcuni effetti indesiderati quali cardiopalmo e tremori. Si enfatizza la necessità che i pazienti trattati siano ben valutati sotto il profilo diagnostico in quanto,

se affetti da asma, invece che da BPCO, necessitano di essere trattati contemporaneamente con steroidi inalatori, pena risultati clinici inadeguati e rischio di tachifilassi. Il tiotropio sembra possedere, rispetto al salmeterolo, una maggior efficacia in termini di riduzione dei ricoveri ospedalieri e delle riacutizzazioni. Un recente RTCS prospettico della durata di 4 anni ha confermato che Tb riduce le riacutizzazioni, le ospedalizzazioni, gli episodi di insufficienza respiratoria, migliora la qualità della vita e la funzione respiratoria ma non modifica in modo significativo il declino della funzione respiratoria (Respir Med. 2010; 104:1495-504). Ne viene consigliata l'inalazione per la sua durata d'azione pari a 24 ore, caratteristica che condivide con l'indacaterolo, un beta2 adrenergico a durata d'azione "ultra-lunga", per differenziarlo dal salmeterolo e formoterolo che invece hanno durata d'azione di circa 12 ore, solo recentissimamente acquisito nel prontuario farmaceutico nazionale. La monosomministrazione giornaliera, favorendone la adesione ("compliance") all'uso da parte dei pazienti, è un punto di forza delle molecole a durata d'azione più prolungata.

Le linee guida GOLD evidenziano che farmaci broncodilatatori inalatori a lunga durata d'azione dotati di meccanismi diversi possono essere usati in associazione quando i singoli non risultino adeguatamente efficaci. Si sottolinea tuttavia che occorrono studi prospettici adeguatamente potenziati in numerosità e durata prima di poter emettere raccomandazioni basate sull'evidenza per la terapia farmacologica con più broncodilatatori a lunga durata d'azione e diverso meccanismo d'azione. Esiste poi un farmaco broncodilatatore a lunga durata d'azione, la teofillina in formulazione a lento rilascio, che può essere aggiunta ai farmaci broncodilatatori inalatori a lunga durata d'azione quando questi non risultino adeguatamente efficaci. Tuttavia, in considerazione dei possibili effetti collaterali e della necessità di monitoraggio dei livelli plasmatici, deve essere valutata nel singolo paziente in termini di rapporto rischio/beneficio (linee guida GOLD 2010). I dati di uso dei farmaci in Trentino dimostrano (L'uso dei farmaci in Trentino Rapporto 2009) che formoterolo, salmeterolo e tiotropio presentano un DDD/1000 abitanti/die, corrispondente al numero di dosi di farmaco consumate quotidianamente ogni 1000 abitanti, rispettivamente di 1,0, 0,5 e 3,7 sensibilmente inferiore in sede locale rispetto a quello delle associazioni precostituite salmeterolo-fluticasone e formoterolo-budesonide, che ammontano a 6,4 e 2,9. A livello nazionale i tre broncodilatatori a lunga durata d'azione usati singolarmente presentano un DDD/1000 abitanti /die superiore (formoterolo 1,9, salmeterolo 0,6 e tiotropio 3,9). Dati epidemiologici europei indicano tra i pazienti con BPCO una prevalenza media del 37% di forme moderate (stadio GOLD II), del 6% di forme severe (stadio GOLD III) e una quota più marginale (anche se di maggiore impatto socio-economico rispetto alle forme più lievi) di pazienti in stadio IV stabile (1-2%), così da poter stimare che la popolazione affetta da BPCO si colloca negli stadi dal II al IV in una proporzione del 45% (Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: ATS/ERS position paper 2004). In

coerenza con tali stime occorrerebbe prevedersi che, adottando un trattamento appropriato, secondo le linee guida GOLD e con livelli di evidenza EBM di tipo A, ogni giorno in Trentino, il 45% dei 26.000 pazienti affetti da BPCO, pari a circa 11.000 persone, inalasse almeno una dose dei farmaci indicati. Qualora venisse appunto adottata una sola dose quotidiana (posologia adeguata per tiotropio e, solo da poco, data la recente disponibilità, anche per indacaterolo) ne deriverebbe un DDD/1000 abitanti /die complessivo di circa 21 (11.000/525.000 ab/die = 20,95/1000 ab/die) contro l'effettivo 5,2. In ogni caso appare attualmente sproporzionato il ricorso a combinazioni terapeutiche contenenti steroidi inalatori, dal momento che è alquanto improbabile che la maggior parte dei pazienti con BPCO della nostra provincia presentino una BPCO instabile, caratterizzata da frequenti esacerbazioni.

Scopi generali

Il progetto si ripropone di richiamare presso la classe medica - medici di medicina generale e internisti operanti nelle Unità Operative di Medicina Interna o Geriatria, oppure presso il Pronto Soccorso della provincia - la corretta articolazione terapeutica prevista per i vari stadi di gravità della BPCO, rammentando in particolare che, secondo le linee GOLD OMS, i broncodilatatori a lunga durata d'azione sono i farmaci più efficaci nel trattamento regolare (evidenza A) per controllare o migliorare i sintomi e lo stato di salute; i beta2-agonisti (salmeterolo, formoterolo e indacaterolo) e gli anticolinergici (tiotropio) a lunga durata d'azione sono i broncodilatatori inalatori di prima scelta per il trattamento regolare (A); la somministrazione di broncodilatatori a lunga durata d'azione riduce l'incidenza di riacutizzazioni; l'uso di più broncodilatatori a diverso meccanismo d'azione migliora la funzione respiratoria (linee guida GOLD 2010). Si dovrebbe perciò ottenere un incremento relativo del ricorso ai farmaci broncodilatatori a lunga durata d'azione per via inalatoria, usati singolarmente o in associazione, ma non necessariamente con corticosteroidi inalatori, e in particolare in associazione prefissata, la cui adozione è indicata per le forme con frequenti esacerbazioni durante le fasi di aggravamento acuto della malattia. Tutto ciò tenendo tra l'altro presente che l'impiego di corticosteroidi inalatorio, da solo o in associazione con salmeterolo, in pazienti con BPCO, ha dimostrato di essere accompagnato da una maggiore incidenza di polmonite (N Engl J Med 2007; 356:775-89).

Fasi

- ▶ Individuazione e stadiazione GOLD dei soggetti con diagnosi di BPCO.
- ▶ Attività di formazione sul campo (FSC), tipo "aggiornamento monotematico", rivolta a medici di medicina generale e medici internisti.
- ▶ Valutazione del Servizio farmaceutico.

Attività

- ▶ Verranno coinvolti circa 50 medici di medicina generale che individueranno, tra i propri assistiti, quelli per i quali è già stata formulata una diagnosi di BPCO; gli stessi medici segnaleranno inoltre i nuovi casi di BPCO che si

presenteranno alla loro attenzione nell'arco temporale di 3 mesi (es. febbraio-aprile 2011), utilizzando un'apposita scheda raccolta-dati predisposta dagli specialisti pneumologi, che riporti anche le informazioni rilevanti ai fini della stadiazione della BPCO, secondo le citate linee guida. Il clinico che esamina le schede effettua una selezione dei soggetti da includere, secondo criteri definiti e condivisi (stadio II-IV, eventualmente altri criteri) ed invia l'elenco dei nominativi al Servizio farmaceutico.

- ▶ Partecipazione dei medici di medicina generale e degli internisti ad attività di formazione sul campo alle quali parteciperanno gli specialisti Pneumologi del Dipartimento funzionale di Pneumologia e farmacisti del Servizio farmaceutico, con l'obiettivo di discutere le linee-guida e la loro implementazione nella pratica clinica.
- ▶ Analisi, da parte del Servizio farmaceutico, dei dati di prescrizione di medicinali relativi ai pazienti con diagnosi di BPCO segnalati: il Servizio farmaceutico effettua un'estrazione delle prescrizioni rilasciate a tali soggetti nel 1° periodo indice (da definire in base alla data di partenza del progetto, comunque antecedente all'inizio dell'attività formativa) e calcola il valore degli indicatori (prevalenza d'uso di beta2 agonisti ed anticolinergici a lunga durata nei soggetti con BPCO II-IV; spesa farmaceutica). I dati di prescrizione possono essere presentati durante gli incontri di formazione sul campo. Il Servizio farmaceutico effettua una seconda estrazione delle prescrizioni relative al 2° periodo indice (successivo agli incontri di formazione sul campo) e calcola il nuovo valore degli indicatori.

Attori

Medici di medicina generale, medici internisti e geriatri delle Unità Operative ospedaliere dell'Azienda sanitaria di Trento, specialisti del Dipartimento funzionale di Pneumologia, Servizio farmaceutico aziendale.

Criticità

1. Necessità di ottenere un'adesione dei medici di medicina generale su base spontanea e/o incentivata.
2. Mancanza di un gruppo di controllo, che dovrebbe essere rappresentato da medici di medicina generale che segnalano i propri pazienti con BPCO, ma non partecipano alla formazione sul campo (in questo gruppo di medici non si dovrebbero riscontrare modifiche sostanziali della prescrizione).

6. BENEFICIARI

Popolazione trentina affetta da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Incremento relativo del ricorso ai farmaci broncodilatatori a lunga durata d'azione per via inalatoria, usati singolarmente o in associazione, (ma non necessariamente con corticosteroidi inalatori) e, in particolare, in associazione prefissata, la cui adozione è indicata per le forme con frequenti esacerbazioni durante le fasi di aggravamento acuto della malattia.

Indicatori

Nella definizione degli indicatori da utilizzare nella verifica dell'adesione alle linee-guida e del conseguente miglioramento della "qualità prescrittiva", è necessario tener conto delle seguenti considerazioni:

1. i beta2-agonisti (salmeterolo, formoterolo e indacaterolo) e gli anticolinergici (tiotropio) a lunga durata d'azione sono i broncodilatatori inalatori di prima scelta per il trattamento regolare della BPCO;
2. le associazioni precostituite con corticosteroidi (salmeterolo-fluticasone e formoterolo-budesonide) sono da riservare a BPCO instabile, caratterizzata da frequenti esacerbazioni;
3. indacaterolo è una molecola "nuova" per la quale sono disponibili limitati dati di efficacia in termini di riduzione delle esacerbazioni e non sono disponibili dati sul miglioramento della qualità di vita;
4. in una metanalisi su 17 RCT (più di 13.600 pazienti) la mortalità per cause cardiovascolari è stata doppia nei soggetti trattati con antimuscarinici per via inalatoria (prevalentemente tiotropio) rispetto ai controlli; l'uso di queste molecole va discusso caso per caso, tenendo conto del rapporto rischio-beneficio nel singolo paziente.

Come effetto della partecipazione al progetto, ci si attende quindi un incremento della prevalenza d'uso di beta2 agonisti ed anticolinergici a lunga durata sul totale dei soggetti con BPCO di stadio dal II al IV.

I dati di prevalenza rilevati nel periodo di partecipazione al progetto saranno confrontati con quelli di un analogo periodo dell'anno precedente.

Verranno analizzati inoltre i costi delle diverse opzioni terapeutiche e l'impatto sulla spesa farmaceutica determinato dall'incremento della prevalenza d'uso di beta2 agonisti ed anticolinergici a lunga durata e dalla diminuzione dell'utilizzo delle associazioni precostituite.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Corso di formazione sul campo	Servizio formazione	0	1 corso		1 corso	
Prevalenza d'uso di beta2 agonisti ed anticolinergici a lunga durata sul totale dei soggetti con BPCO di stadio dal II al IV assistiti dai MMG del corso	Servizio farmaceutico	Non disponibile*	Aumento del 20% (relativo alla prevalenza di base)		Aumento del 20% (relativo alla prevalenza di base)	

(*) Sarà possibile calcolare il valore dell'indicatore nel 1° periodo indice solo quando sarà disponibile la lista dei soggetti da includere nello studio.

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Individuare la diffusione delle malattie osteo articolari mediante il monitoraggio del consumo dei farmaci antinfiammatori”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“3.5 Malattie osteoarticolari”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“3.5.1 Individuare la diffusione delle malattie osteo articolari mediante indicatori indiretti (farmaci)”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Contesto e razionale

Le malattie osteo articolari sono un problema che riguarda un ampio numero di pazienti e che porta ad un elevato utilizzo di prestazioni del Servizio sanitario. Non esistendo un sistema di rilevazione diretto della diffusione di tali malattie, il consumo dei farmaci rappresenta un buon indicatore indiretto, spesso utilizzato per stimare la diffusione delle patologie ed il comportamento di prescrittori e pazienti.

Scopi generali

Istituire, a livello provinciale, un sistema di monitoraggio del consumo di farmaci impiegati nel trattamento delle patologie osteo-articolari al fine di stimare la diffusione della malattia e l'impiego dei farmaci, con particolare attenzione ai farmaci generici.

Fasi

1. Valutazione del consumo totale di farmaci antinfiammatori non steroidei calcolata sui primi 10 farmaci più consumati.
2. Valutazione del consumo di Tramadolo e Codeina+paracetamolo.

Attività

1. Per i 10 farmaci antinfiammatori non steroidei più consumati, individuazione di:
 - ▶ consumo totale e di singola molecola;
 - ▶ spesa per il Servizio sanitario provinciale;
 - ▶ spesa per utilizzatore;
 - ▶ DDD1000/ab/die;
 - ▶ delta tra i vari anni;
 - ▶ DDD/utilizzatore;
 - ▶ prevalenza di uso;
 - ▶ suddivisione tra farmaci brevettati, brand e generici equivalenti;
 - ▶ prevalenza di uso per classi di età e sesso;
 - ▶ andamento stagionale;
 - ▶ distribuzione per costo medio;
 - ▶ DDD e DDD/1000 ab./die per distretto.

Il calcolo dei dati avverrà su base trimestrale con comparazione dell'andamento nei trimestri e annuale.

2. La valutazione verrà estesa al Tramadolo, Codeina+paracetamolo, visto l'importante aumento dell'uso di questi farmaci anche per patologie osteo articolari. Vedi crono programma.

Attori

U.O. Medicina fisica e Riabilitazione (Il Direttore è coordinatore del progetto), Servizio farmaceutico e Servizio sistemi informativi dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Criticità

La valutazione dell'uso di analgesici avverrà sul consumo totale non essendo possibile la rilevazione della patologia per la quale vengono prescritti o acquistati.

6. BENEFICIARI

Medici di medicina generali, specialisti, decisori dell'Azienda sanitaria, soggetti affetti da malattie osteoarticolari

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Migliorare la gestione del paziente e dell'offerta assistenziale per le malattie osteoarticolari, migliorando l'utilizzo di farmaci generici equivalenti e limitando alle indicazioni appropriate gli analgesici oppiacei.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Presenza report trimestrale sul consumo dei farmaci	Presenza sul sito APSS	Non presente	presente		presente	
Impiego dei farmaci generici sul tot dei farmaci	Servizi farmaceutici	Non presente	Aumento del X%?		Aumento del X%	
Monitoraggio dell'uso del Tramadolo e Codeina+paracetamolo	Servizi farmaceutici	Non presente	Variazione del X%		Variazione del X%	

Cod.	Attività	Responsabili	Altri attori
1	Individuazione dei farmaci	Coordinatore progetto	Servizio farmaceutico APSS
2	Individuazione degli indicatori	Coordinatore progetto	Servizio farmaceutico APSS
3	Raccolta dei dati	Servizio farmaceutico APSS	
4	Analisi e calcolo degli indicatori	Servizio farmaceutico APSS	
5	Stesura del report	Coordinatore progetto	Servizio farmaceutico APSS
6	Individuazione dei portatori di interesse a cui inviare il report	Coordinatore progetto	Servizio farmaceutico APSS
7	Diffusione del report	Servizio Sistemi Informativi	Distretti Sanitari

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Individuare la diffusione delle malattie osteo articolari mediante la valutazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“3.5 malattie osteoarticolari”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“3.5.2 Individuare la diffusione delle malattie osteo articolari mediante la valutazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Contesto e razionale

Le malattie osteo articolari sono un problema che riguarda un ampio numero di pazienti e che porta ad un elevato utilizzo di prestazioni del Servizio sanitario. Non esistendo un sistema di rilevazione diretto della diffusione di tali malattie, la valutazione dei ricoveri tramite analisi delle schede di dimissione ospedaliera rappresenta un buon indicatore indiretto, spesso utilizzato per stimare la diffusione delle patologie ed il comportamento di prescrittori e pazienti.

Scopi generali

Istituire un sistema di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri dei pazienti residenti in Trentino affetti da patologie osteo-articolari al fine di stimare la diffusione della malattia e l'utilizzo delle risorse.

Fasi

Analizzare la diffusione delle malattie osteo articolari in Trentino.

Attività

Analisi delle schede di dimissione ospedaliera in strutture sanitarie dell'Azienda sanitaria o convenzionate e di mobilità passiva, valutando:

- ▶ la presenza dei codici 696.0, 714.0, 714.1, 714.3*, 715.*, 720.0, 725.* sia come diagnosi principale, che secondaria;
- ▶ la presenza dei codici di intervento sulle articolazioni maggiori.

La valutazione è orientata ad analizzare la diffusione delle malattie e l'utilizzo delle strutture in regime di ricovero e la distribuzione per classi di età.

Attori

Unità Operativa Medicina fisica e Riabilitazione (Il Direttore è coordinatore del progetto), Servizio osservatorio epidemiologico e Servizio sistemi informativi.

Criticità

Per il calcolo della mobilità passiva i tempi di rilevazione del dato possono variare per cause non dipendenti dai sistemi di rilevazione dell'Azienda sanitaria. In caso di gravi ritardi verrà considerato il dato dell'anno precedente.

6. BENEFICIARI

medici di medicina generale, specialisti, decisori dell'Azienda sanitaria, soggetti affetti da malattie osteoarticolari.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Monitorare l'utilizzo delle strutture in regime di ricovero ospedaliero da parte di soggetti affetti da patologia osteo-articolare al fine di ottimizzare l'offerta assistenziale per le malattie osteoarticolari.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Presenza del report sui ricoveri per mm osteo-articolari in PAT	Presenza su intranet APSS	Non presente	Presente		Presente	

Cod.	Attività	Responsabili	Altri attori
1	Individuazione codici e procedure	Coordinatore progetto	Osservatorio Epidemiologico
2	Individuazione degli indicatori	Coordinatore progetto	Osservatorio Epidemiologico
3	Raccolta dei dati	Osservatorio Epidemiologico	
4	Analisi e calcolo degli indicatori	Osservatorio Epidemiologico	
5	Stesura del report	Coordinatore progetto	Osservatorio Epidemiologico
6	Individuazione dei portatori di interesse a cui inviare il report	Coordinatore progetto	Osservatorio Epidemiologico
7	Diffusione del report	Servizio Sistemi Informativi	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Lotta alla depressione”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“3.7 “Disturbi psichiatrici”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“3.7.1 “Lotta alla depressione”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

Secondo i dati 2010 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono circa 60 milioni in Europa le persone colpite da depressione. Di queste, più della metà soffre di una forma grave e invalidante. In Italia, un adulto su quattro nel corso della vita è interessato da un episodio di depressione maggiore, le donne più degli uomini (12,8 per cento contro il 5,9 per cento). Secondo l'OMS la malattia rappresenterà nel 2020 la seconda causa di disabilità nel mondo, dopo le patologie cardiache e colpirà il 20% della popolazione nel mondo. Se calcoliamo la popolazione attuale della provincia di Trento possiamo stimare che per quella data circa 100.000 cittadini trentini ne saranno affetti e presumibilmente, secondo i dati attesi, meno dell'1% sarà preso in carico come paziente dai servizi specialistici e meno del 3% dai servizi socio-sanitari di base. L'OMS afferma che è necessario tenere presente che la depressione (che non include il mero malessere psicologico, come la tristezza o il senso di vuoto) è responsabile di un enorme peso per la società, non solo in termini di sofferenza ma anche di perdite economiche e di concausa di numerose malattie fisiche. Se consideriamo che la risorsa più preziosa per un'organizzazione, una comunità ed una nazione sono le persone, ne discende che il vero capitale è il capitale umano. Il compito degli operatori della salute sarà dunque quello di operare per promuovere la salute dei cittadini (salute intesa come benessere biopsicosociale per riprendere sempre la definizione dell'OSM) attraverso l'applicazione del paradigma bio-psico-sociale ed il centrarsi sulle persone. Gli sviluppi scientifici dei modelli biologico, psicoterapeutico, psicosociale consentono di affrontare in maniera multidisciplinare la sofferenza mentale in un contesto che però è condizionato ancora notevolmente dalla “paura della follia e della sofferenza” che porta i cittadini a rivolgersi allo specialista come “ultima spiaggia”, quando la sofferenza mentale si è ormai cronicizzata diventando estremamente resistente ai tentativi di cura. Per questo motivo occorre pensare una adeguata prevenzione della “cronicizzazione della depressione” sia attraverso strumenti di cura specifici, che descriveremo in seguito, sia rendendosi conto che tale scelta va anche sostenuta a livello culturale con informazioni ed iniziative che contribuiscano ad elaborare la radicata “paura della follia” o in questo caso la “paura della sofferenza”.

In sintesi, la depressione quando si presenta per la prima volta, ed abbiamo visto quanto probabile sia che questo accada nell'arco di una vita, può essere superata

anche senza farsi aiutare da uno specialista della salute mentale. Spesso è possibile superarla anche senza consultare neppure il medico di medicina generale o consultandolo e assumendo per qualche mese psicofarmaci antidepressivi a dosaggio medio-basso. Se a questa "facilità di cura" uniamo la "paura della sofferenza", capiamo velocemente come una persona che riesce ad uscire dal suo primo episodio depressivo ben si guardi dal consultare uno specialista del campo. Tutto questo può portare all'errata e pericolosa conclusione che la persona depressa sia guarita e che il "male oscuro" sia stato sconfitto.

La letteratura internazionale verso la metà degli anni 80' comincia a dubitare di questo dato. I ricercatori cominciano a notare che anche se i trattamenti erano efficaci a risolvere la fase acuta della depressione, i tassi di prevalenza restavano alti in tutto il mondo, e questo a causa del ripresentarsi di nuovi episodi depressivi in persone che avevano superato il primo episodio.

Uno studio, pioniere di una lunga serie di altre ricerche analoghe, fu condotto nel 1983 da Martin Keller (Keller et al "Predictor of relapse in Major depressive disorder, JAMA, vol 250, 1983) seguendo per tredici mesi 141 pazienti con diagnosi di depressione al loro primo esordio. Quarantatre pazienti ebbero una ricaduta dopo che erano stati bene per un periodo di otto settimane.

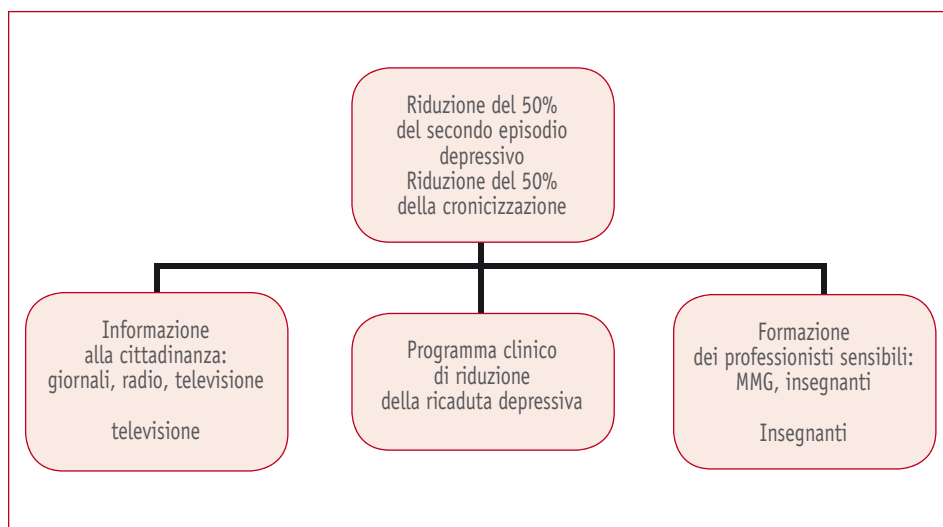
Stime più recenti, provenienti da diversa letteratura internazionale, come ad esempio riportato da M.G.Perri, dimostra quanto sia serio il problema delle ricadute nella depressione riportando che il 60% delle persone che hanno avuto un episodio depressivo ne avrà un secondo e il 70% delle persone che ha avuto un secondo episodio depressivo ne avrà un terzo e il 90% delle persone che ha avuto un terzo episodio depressivo ne avrà un quarto fino alla cronicizzazione della malattia. Secondo l'OSM circa il 50 per cento dei pazienti che guariscono da un primo episodio depressivo avranno in seguito almeno un secondo episodio fino alla cronicizzazione. Secondo alcuni autori, la depressione (Teasdale JD "Cognitive vulnerability to persistent depression" cognitive Emotion 1988;2 : 247-274) senza un intervento adeguato, nel periodo di tempo che intercorre fra la sua comparsa e la sua apparente risoluzione, forgia una connessione nel cervello tra umore depresso e pensieri negativi su di sé, predisponendo le persone a "ricadere" in depressione più volte nel corso della propria vita. Questa peculiarità della storia clinica della depressione, poche volte sottolineato, sembra essere il vero problema di questo tipo di sofferenza. Quando questa connessione è stabilita anche una normale e transitoria tristezza può diventare la porta di accesso alla depressione, porta la cui chiave saranno i pensieri critici verso se stessi.

Per la prevenzione delle ricadute nella depressione tre sono gli strumenti da mettere in campo: una buona formazione ai medici di medicina generale, che sappiano riconoscere il reale rischio di cronicizzazione della sofferenza depressiva al primo incontro con essa; una campagna di informazione alla popolazione con l'obiettivo di ridurre lo stigma; un intervento efficace per la prevenzione delle ricadute di tipo clinico.

Scopi generali

Obiettivo di questo progetto sarà dunque quello di ridurre la percentuale di pazienti che si cronicizza nella depressione, sensibilizzando medici di base e cittadini a non sottovalutare un episodio depressivo e a rivolgersi con fiducia ad un professionista della salute mentale anche se l'episodio in questione sembra essere stato superato con l'aiuto dei farmaci o senza nessun aiuto. Per arrivare a questo scopo è necessario individuare gli utenti in tempo, ovvero al loro primo momento depressivo o al massimo al secondo episodio. Spesso, al momento attuale, la disinformazione e lo stigma, portano la persona a rivolgersi al professionista sanitario troppo tardi, molto spesso dopo tre o quattro anni di malattia, costellati da numerosi episodi depressivi che li hanno portati alla cronicità.

Gli strumenti da utilizzare sono una buona campagna di informazione/formazione e una tecnica di intervento clinica valida e efficace per la prevenzione delle ricadute.



Fasi

Background del progetto

Da due anni l'Unità Operativa di Psicologia 1 e l'Unità Operativa di Psichiatria 2 dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, hanno stipulato un protocollo di collaborazione con lo scopo di creare un progetto di cura per pazienti con attacchi di panico e per pazienti con depressione a vari livelli di gravità.

Gli sforzi congiunti hanno permesso di raggiungere alcune fasce di popolazione altrimenti difficilmente raggiungibili alle fasi di esordio, questo anche grazie alla collaborazione del Pronto Soccorso dell'Ospedale Regionale, di alcuni medici di medicina generale e della stampa locale che per due volte ha dato spazio a queste nostre iniziative.

Quest'anno, grazie all'esperienza accumulata nel tempo, è stato prodotto uno

strumento di lavoro, ovvero è stato manualizzato il modello di intervento clinico sopra descritto. L'idea di manualizzare uno strumento clinico operativo come la terapia di gruppo con pazienti depressi viene dalla constatazione che nella storia della psicoterapia il fattore vincente è sempre stato la capacità di manualizzare i suoi strumenti. Descrivere dettagliatamente contenuti e struttura di un intervento, richiede un intenso sforzo di chiarificazione di ciò che si sta facendo, prima di tutto a noi stessi, e in secondo luogo ai pazienti che andranno ad usufruire in modo informato di questa o quella tecnica. Essere in grado di fare questo in "prima seduta", saper spiegare alle persone quello che stiamo facendo e il motivo per cui lo stiamo facendo, quali sono i risultati che ci attendiamo e il tempo che dovranno investire per raggiungerli, aumenta di molto l'adesione alle sedute, facilitando la relazione terapeutica e diminuendo i drop out. Questo manuale servirà ad entrambi gli attori della terapia come strumento condiviso di lavoro, il paziente avrà modo di portare con sé a casa un po' di quello che è stato discusso in seduta e il terapeuta verrà aiutato a trattare tutti gli argomenti della seduta. Al termine della terapia, questo manuale, diverrà uno strumento di auto aiuto che potrà essere sempre a disposizione del paziente nei momenti difficili.

Anno 2011

- ▶ Informazione alla cittadinanza attraverso l'uso dei mezzi di comunicazione quali la stampa, comprese cartoline informative da distribuire in punti chiave della città come ad esempio gli studi dei medici di medicina generale e le farmacie.
- ▶ Formazione dei professionisti sensibili (sensori) quali gli insegnanti delle scuole superiori, gli psicologi dei CIC e i medici di medicina generale.
- ▶ Formazione di più gruppi di pazienti al primo episodio depressivo per il programma di "prevenzione delle ricadute".
- ▶ Raccolta e analisi dei dati attraverso un monitoraggio trimestrale post intervento per la durata di due anni.

Anno 2012

- ▶ Formazione di uno o più gruppi di pazienti al primo episodio depressivo per il programma di "prevenzione delle ricadute".
- ▶ Raccolta e analisi dei dati attraverso un monitoraggio trimestrale post intervento con le stesse modalità dell'anno precedente.
- ▶ Formazione in altre realtà nazionali, se ne faranno richiesta, rispetto alle tecniche del progetto.

È previsto l'utilizzo del supporto del manuale operativo, quale strumento di formazione, per la corretta replicazione del progetto, da parte di diversi centri in diverse realtà territoriali.

Attività

Fondamentalmente esistono tre fasi del progetto.

Fase di informazione/formazione: campagna di informazione rivolta ai cittadini

che potranno essere raggiunti grazie alla stampa di cartoline informative, articoli su quotidiani locali, o radio e televisioni locali. Sempre nella fase A si prevede un modulo formazione, rivolto ad una popolazione più ristretta, i cosiddetti "sensori" ovvero quelle figure che per professione si trovano ad incontrare persone che stanno attraversando un episodio depressivo. Queste figure sono i medici di medicina generale, gli insegnanti di scuola media superiore, gli psicologi che lavorano nelle scuole, ad esempio nei CIC.

Fase di applicazione clinica sui pazienti individuati e consolidamento/perfezionamento del "manuale operativo del formatore": applicazione clinica sui pazienti individuati. L'approccio utilizzato nel percorso di gruppo che i pazienti seguiranno è quello della psicoterapia cognitivo-comportamentale secondo i modelli di Aaron Beck ed Albert Ellis e della Mindfulness Based Cognitive Therapy elaborato dall'equipe della Clinica per la depressione di Washington diretta da Marsha Lineah. Questi modelli, sottoposti a studi di efficacia, hanno dimostrato una validità nella prevenzione delle ricadute nella depressione.

Questo approccio è efficace come gli psicofarmaci nella maggior parte delle forme di depressione ed è preferibile ad essi in quanto la sua efficacia si basa anche sulla prevenzione delle ricadute, vero problema della depressione come ampiamente argomentato in precedenza.

Schema di intervento: si tratta di un intervento di gruppo della durata di 8 incontri settimanali della durata di due ore.

- ▶ La seduta prevede:
 - ▶ un primo momento di rilassamento attraverso pratiche di respirazione lenta;
 - ▶ analisi dei compiti a casa;
 - ▶ discussione sul tema della seduta (lettura condivisa del manuale);
 - ▶ chiusura e compiti a casa per la settimana.
- ▶ Scelta del numero dei partecipanti: il gruppo terapeutico dovrebbe essere indicativamente di 8-16 partecipanti con un minimo di 6 persone, se motivate.
- ▶ Scelta dei partecipanti: la scelta dei partecipanti in base alla classe diagnostica è fondamentale per la riuscita del gruppo stesso, per questo motivo è necessario impiegare molte risorse su questo punto.

Durante la visita individuale il terapeuta si accerta di alcune variabili:

1. la classe diagnostica che deve essere quella depressiva in stato di remissione o in stato acuto se medio lieve;
2. lo stile di personalità, cercando di escludere le persone con disturbi di personalità;
3. la motivazione;
4. il tempo e le risorse cognitive.

Dopo la visita individuale le persone sono invitate ad un altro momento di confronto questa volta in gruppo. Noi chiamiamo questo momento seduta zero per distinguerla dal programma vero e proprio che inizierà dalla seduta

successiva. Durante questa seduta si spiega ai partecipanti che il senso di questo momento è quello di metterci alla prova in una situazione di gruppo sperimentando dal vivo cosa proviamo e come riusciamo a starci. Il compito del terapeuta sarà quello di utilizzare questo tempo sia per valutare le diverse reazioni sia per spiegare il programma del corso. Alla fine della seduta alcuni partecipanti potranno anche decidere di non partecipare al gruppo o di prendersi un po' di tempo per pensarci. Il cuore dell'intervento consiste nel rendere consapevoli i pazienti delle modalità mentali che spesso caratterizzano i disturbi dell'umore e le modalità di ricaduta una volta usciti dall'episodio depressivo, contemporaneamente aiutarli a sviluppare un nuovo modo di relazionarsi alla propria esperienza interna (pensieri, emozioni e sensazioni). I pazienti verranno aiutati a vedere i pensieri come eventi mentali, indipendentemente dal loro contenuto e dalla loro carica emotiva, senza bisogno di metterli in discussione, fissarli o cambiarli, ma tenendoli in una dimensione di consapevolezza più ampia, coltivando e sviluppando un atteggiamento di efficace accoglimento e accettazione nonché di distanziamento e decentramento dai propri stati interni.

Fase di riproposizione a livello nazionale a quanti interessati: questa fase prevede di esportare il progetto ad altre realtà sanitarie nazionali che dovessero dimostrare un interesse.

La modalità di formazione di "nuovi operatori" prevede due giorni di formazione agli operatori sanitari (psicologi/psichiatri), interessati al progetto, nelle loro sedi di lavoro, utilizzando anche il "manuale operativo" allo scopo di facilitare la ripetibilità del progetto stesso, specialmente della fase clinica (fase B). L'ultima fase, naturalmente prevede anche l'analisi dei risultati dei gruppi partiti durante il primo anno.

6. BENEFICIARI

Il target della popolazione a cui l'intervento si rivolge è quella parte di cittadinanza che si trova ad affrontare una crisi depressiva per la prima volta. Se stiamo alle percentuali espresse dall'OMS ci riferiamo a circa il 10% della popolazione; nella sola città di Trento un potenziale di 11.500 persone.

Si assume come risultato positivo raggiungere quanto meno l'1% di questo target ovvero circa 115 persone nella durata complessiva del progetto (due anni).

La popolazione target sarà dunque formata da persone che hanno avuto uno o al massimo due episodi depressivi.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

L'obiettivo di salute per questo tipo di progetto è la diminuzione della percentuale di ricaduta dopo un primo o secondo episodio depressivo dal 50% al 25% e una conseguente riduzione del tasso di cronicizzazione.

Indicatori

Indicatore di esito

Alle persone che partecipano ai gruppi verrà somministrato un test oggettivo che ne attesti lo stato di salute: in remissione vs fase acuta, alla fine del programma di 8 settimane verrà ripetuto il test per verificare che tutti i pazienti siano in fase di remissione e che questo stato di remissione permanga per un anno (4 valutazioni, una ogni 3 mesi) per il 25% delle persone. L'indicatore di esito sarà dunque un cut off che discrimini lo stato di salute durante l'anno dei partecipanti al progetto:

- ▶ il valore dell'indicatore atteso al 31 dicembre 2012 senza progetto di prevenzione sarà il 50% del tasso di ricadute dopo il primo episodio depressivo, con probabilità di cronicizzazione del 35%;
- ▶ il valore dell'indicatore atteso al 31 dicembre 2012 dopo il progetto di prevenzione sarà il 25% del tasso di ricadute dopo il primo episodio depressivo, con probabilità di cronicizzazione del 8%.

Gruppo di controllo

Nel corso del progetto si valuterà la possibilità di inserire un gruppo di controllo per la stima delle ricadute nella popolazione senza intervento.

La metodologia prevederà un campione di riferimento di circa 230 persone con le caratteristiche attese.

Saranno stratificati e randomizzati due gruppi di pari numero, al primo di essi saranno offerte le cure standard, al secondo gruppo sarà offerto il trattamento come sopra descritto. Le procedure di analisi dei dati saranno le stesse descritte precedentemente.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Tasso di ricadute dopo il <u>primo</u> episodio depressivo	Cartelle cliniche pazienti e test di personalità	50%	//		25%	
Tasso di ricadute dopo il <u>secondo</u> episodio depressivo	Cartelle cliniche pazienti e test di personalità	70%	//		35%	
Probabilità di cronicizzazione	Cartelle cliniche pazienti e test di personalità	35%	//		8%	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Individuazione dei casi di disturbo del comportamento alimentare in età evolutiva (< 18 anni)”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“3.7 (Disturbi psichiatrici)”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“3.7.2 Individuazione dei casi di disturbo del comportamento alimentare in età evolutiva (< 18 anni)”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), in questi ultimi anni, sono profondamente cambiati e rappresentano sempre più la via finale comune di un'ampia gamma di disordini psicopatologici che, verosimilmente, per motivi socio-culturali, “vestono” le sembianze sintomatologiche del DCA interessando fasce sempre più ampie di persone in età pre-adolescenziale e adolescenziale ma anche, specie nelle forme di lunga durata, l'età adulta. L'impatto della struttura psicopatologica che sottende i DCA è divenuto predominante e tale da condizionare, da una parte, espressioni sintomatologiche di “addiction” che hanno in comune un attacco al corpo di segno autodistruttivo (agiti auto-lesivi, abuso di alcool e/o di sostanze, gravidanze in età adolescenziale, incidentalità ripetute, tentativi di suicidio), dall'altra, l'accesso ai servizi in situazioni di urgenza psichiatrica (scompenso psicotico, agitazione psicomotoria, agiti auto-lesivi gravi, tentativi di suicidio) o di malnutrizione grave a rischio di vita. Non è trascurabile l'evidenza che i DCA rappresentano i disturbi a più alto tasso di mortalità nell'ambito dei disturbi psichiatrici (3-5%). Lo scenario è ulteriormente complicato dall'evidenza epidemiologica (che è ben rappresentata anche dalla nostra esperienza) di una marcata tendenza all'abbassamento dell'età di esordio dei DCA al di sotto dei 15 anni (negli anni 2007-2008 i ricoveri in reparto pediatrico dell'Ospedale S. Chiara di Trento di pazienti tra i 12 e i 14 anni hanno contribuito per oltre il 60% dei ricoveri totali del C.D.C.A.) e dall'incremento dei ricoveri di pazienti di sesso maschile (0 nel 2007, 7 nel 2008). Anche i contesti familiari sono profondamente mutati: si osservano, infatti, molto più frequentemente situazioni familiari disgregate, ad alta emotività espressa, multiproblematiche, spesso con membri affetti da patologie psichiatriche. Non infrequenti le storie di abuso fisico, maltrattamenti e trascuratezza nell'accudimento.

Per tali motivi i DCA vengono spesso rappresentati come un paradigma della complessità dove fattori individuali (legati allo sviluppo psicologico dell'individuo), fattori familiari e trans-generazionali, fattori socio-culturali, fattori scatenanti (che agiscono prevalentemente in età pre e adolescenziale) e fattori perpetuanti, interagiscono in modo complesso nel determinare l'esordio e l'insediamento della patologia alimentare. Non trascurabile, infine, è la negazione (non consapevolezza)

di malattia che contraddistingue questi pazienti (la malattia non viene percepita come un disturbo ma come una soluzione ad una situazione psichicamente insostenibile) che si declina in scarsa motivazione alle cure, difficoltà di “aggancio” terapeutico, azioni manipolatorie, di scissione e di boicottaggio verso equipe curante. L’identificazione precoce dei soggetti a rischio risulta essenziale, in termini prognostici. Qualsiasi ritardo nell’avvio al trattamento appropriato comporta anche importanti implicazioni economiche, in quanto alcuni pazienti che potrebbero essere curati con successo ambulatorialmente possono nel frattempo peggiorare, rendendo necessario un intervento di ospedalizzazione più costoso e dalla prognosi più infausta.

Scopi generali

Approntare un sistema efficace volto all’identificazione delle situazioni a rischio e all’invio immediato dei soggetti coinvolti ai servizi specialistici, al fine di evitare lo sviluppo di disabilità secondarie associate alla cronicità.

Fasi

1. Sensibilizzare e formare, per il riconoscimento precoce dei DCA, tutti i soggetti che, a diverso titolo, possono venire a contatto con queste situazioni: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, assistenti sociali, Servizi di Psicologia, Pronto Soccorso, insegnanti, genitori, ambienti sportivi, scuole di danza, ecc.
2. Individuare le strutture sanitarie pubbliche e private dislocate sul territorio provinciale che a vario titolo possono entrare in contatto con pazienti affetti da DCA e valutare, per queste strutture, gli standard di cura e riabilitazione garantiti in relazione alle linee guida internazionali di intervento.
3. Attivare momenti di riflessione sul tema con studenti delle scuole medie superiori.

Attività

1.
 - a. Sensibilizzazione e formazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta finalizzate al riconoscimento precoce degli indicatori di malattia attraverso la realizzazione di progetti di formazione sul campo effettuati su piccoli gruppi attraverso la presentazione e discussione di casi clinici con l’obiettivo di implementare le skills per l’individuazione degli indicatori precoci di patologia.
 - b. Informazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sui percorsi diagnostico-terapeutici appropriati attraverso la realizzazione di seminari.
 - c. Realizzazione di progetti rivolti agli insegnanti delle scuole medie inferiori e superiori atti a sensibilizzare, informare e formare gli educatori al riconoscimento dei segnali di allarme comportamentale finalizzati all’empowerment personale e alla costruzione di canali di comunicazione con il Centro per i disturbi del comportamento alimentare.

2.
 - a. Mappatura delle strutture sanitarie pubbliche e private dislocate sul territorio provinciale che a vario titolo possono entrare in contatto con pazienti affetti da DCA e degli interventi erogati.
 - b. Valutazione degli standard di cura e riabilitazione garantiti in relazione alle linee guida internazionali di intervento.
3.
 - a. Realizzazione di un progetto di ricerca sul grado di soddisfazione corporea attraverso l'utilizzo di uno strumento testistico non diagnostico (Body Shape Questionnaire) da somministrare agli studenti del II anno della scuola superiore, scelti in modo randomizzato su tutto il territorio provinciale.
 - b. Attivazione, con gli studenti degli istituti selezionati, di una riflessione e un dibattito sul tema dei DCA, guidato dagli operatori del Centro, attraverso la rappresentazione teatrale Dietro lo Specchio.
 - c. Definizione di un progetto di prevenzione, rivolto al target selezionato dal questionario, sui fattori protettivi il DCA.

Attori

Operatori del Centro per i disturbi del comportamento alimentare, Servizio formazione aziendale, referenti per l'educazione alla salute (sanitari e scolastici), studenti e insegnanti.

Criticità

L'adesione di Istituti comprensivi, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta ai progetti proposti dall'Azienda sanitaria è su base volontaria e "deve competere" con una molteplicità di altre proposte d'informazione/sensibilizzazione.

6. BENEFICIARI

Per beneficiari si intende il target dell'intervento (possibilmente, anche in termini numerici e percentuali)

- ▶ medici di medicina generale e pediatri di libera scelta dislocati su tutto il territorio provinciale;
- ▶ insegnanti delle scuole medie inferiori e superiori dislocati su tutto il territorio provinciale;
- ▶ personale sanitario delle strutture sanitarie pubbliche e private dislocate sul territorio provinciale che a vario titolo possono entrare in contatto con pazienti affetti da DCA;
- ▶ studenti delle scuole medie superiori.

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Individuazione precoce dei casi di DCA, con conseguente miglioramento della prognosi e recupero completo del funzionamento psico-sociale, affettivo e relazionale attraverso un processo di formazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari e degli educatori che entrano in relazione con le fasce più a rischio di sviluppo di DCA.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Numero di casi individuati prima dei 18 anni/totale casi che afferiscono al servizio sanitario provinciale	Programma SIT	Non disponibile. Si calcola l'indicatore al 31.12.2009: 61/154 (= 40%)	5% in più (rispetto al 2009)		5% in più (rispetto al 2009)	
N° (istituti comprensivi + istituti superiori) che hanno aderito al progetto sul totale degli istituti provinciali	Dati di attività degli insegnanti e dei referenti per l'educazione alla salute (sanitari e scolastici)	25/ (64+31+23)	Almeno altri 2 istituti comprensivi rispetto al 2010		Almeno altri 2 istituti comprensivi rispetto al 2011	
N° studenti della 2 media sup. degli istituti comprensivi provinciali raggiunti dall'intervento/N° studenti individuati come target attraverso il Body Shape Questionnaire	Dati di attività del CDCA e dei referenti per l'educazione alla salute (sanitari e scolastici)	520/183 (= 35%)	50 % raggiungibile attraverso progetto di prevenzione		100% raggiungibile attraverso progetto di prevenzione	
N° MMG e PLS che hanno aderito ai progetti di FCS e/o ai seminari sul totale dei MMG e PLS provinciali	Dati di attività della FSC (Responsabili di progetto e Servizio formazione)	PLS 71 MMG 64	20 % in più (rispetto al 2009)		20 % in più (rispetto al 2009)	

MACROAREA 4
PREVENZIONE
DELLE COMPLICANZE
E DELLE RECIDIVE DI MALATTIA

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“Sperimentazione di un sistema di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana in particolare con disabilità e sulla qualità degli interventi assistenziali e socio-assistenziali (Passi d’Argento)”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“4.2 Prevenzione e Sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“4.2.1 Sperimentazione di un sistema di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana in particolare con disabilità e sulla qualità degli interventi assistenziali e socio-assistenziali (Passi d’Argento)”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO PROGRAMMATO

Contesto

Al primo gennaio 2009 in provincia di Trento abitavano 99.828 persone anziane (65 anni ed oltre). La proporzione di anziani su tutta la popolazione (indice di invecchiamento) è del 19,2%, e segue da anni un trend in aumento. Secondo le previsioni nel 2010 la percentuale di anziani residenti in provincia sarà del 19,5%, nel 2020 del 23,4% e nel 2030 del 28,6%. In altre parole in un futuro non molto lontano oltre un quarto dell’intera popolazione sarà rappresentata da persone anziane. Verosimilmente ciò si accompagnerà ad un incremento delle patologie cronico – degenerative, al conseguente aumento della domanda di salute e dei costi di cura e assistenza delle persone anziane.

Razionale

Per contrastare l’ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all’interno di questa fascia di popolazione è necessario favorire il miglioramento delle condizioni familiari, sociali e urbanistiche, attraverso interventi di promozione, di prevenzione e di assistenza. La carenza di risorse impone la razionalizzazione degli interventi e la disponibilità di informazioni sistematiche e dettagliate sulla salute e i bisogni della popolazione anziana e sulla qualità dell’assistenza offerta al fine di individuare le priorità di azione. Nella nostra provincia, come nel resto del Paese, si registra una generale mancanza di informazioni in tal senso. Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) ha di recente sostenuto la sperimentazione, in 17 fra Regioni e Province autonome, di un sistema di monitoraggio della disabilità e del rischio di disabilità negli anziani, chiamato Passi d’Argento. Pur avendo partecipato alla formazione la nostra provincia non ha per ora implementato il sistema nel proprio territorio.

Beneficiari

Decisori della Provincia autonoma di Trento, Direttori dell’Azienda sanitaria e di Distretto, responsabili servizi socio-assistenziali, anziani e loro famiglie.

Azioni

- Identificare tutti i gruppi di interesse rilevanti per il progetto e definirne le modalità di coinvolgimento

- ▶ Pianificare l'indagine
- ▶ Individuazione degli intervistatori dei servizi sociali
- ▶ Formazione degli intervistatori
- ▶ Effettuare il campionamento
- ▶ Realizzare le attività di raccolta e inserimento dati
- ▶ Analizzare i dati, definire i sottogruppi
- ▶ Compilare il rapporto di sorveglianza
- ▶ Elaborazione del piano di comunicazione
- ▶ Messa in atto della comunicazione

Attori

Dirigenti ed operatori servizi sociali PAT (coordinamento, formazione, interviste, inserimento dati, stesura report, diffusione risultati), Dirigenti ed operatori sanitari (campionamento, formazione, elaborazione dati, stesura report, diffusione risultati)

Criticità

Le fasi del progetto sono subordinate all'avanzamento del progetto a livello nazionale (CNESPS-ISS)

6. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Sperimentare in provincia di Trento, entro il 2012, un Sistema di Monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana, in particolare con disabilità e sulla qualità degli interventi assistenziali e socio-sanitari, in grado di fornire informazioni valide e tempestive, confrontabili nel tempo e geograficamente, al fine di migliorare la salute degli anziani attraverso l'orientamento delle azioni di prevenzione e di assistenza.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Esistenza di un profilo della popolazione anziana regionale e per singola ASL partecipante	Profilo	Non presente	Non presente		Presente	
Esistenza base dati provinciale	Sistema di monitoraggio sorveglianza	Non presente	Non presente		Presente	
% Intervistatori dei servizi sociali formati	Atti formazione	0	100%			
Eventi di comunicazione effettuati	Ufficio Stampa	0	0		Conferenza stampa, Seminario, Invio report ai portatori di interesse, Sito internet	

1. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

2. TITOLO DEL PROGETTO

“La sorveglianza della qualità clinico-assistenziale dei servizi delle RSA in Alta e Bassa Valsugana. Ricerca di indicatori di assistenza primaria e specialistica”

3. NUMERO IDENTIFICATIVO DELLA LINEA DI INTERVENTO

“4.2 “Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza”

4. NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO

“4.2.2 La sorveglianza della qualità clinico-assistenziale dei servizi delle RSA in Alta e Bassa Valsugana. Ricerca di indicatori di assistenza primaria e specialistica”

5. BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Razionale

La verifica tecnico sanitaria nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (di seguito RSA) e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali a sede ospedaliera della provincia di Trento deriva da precise normative (Legge provinciale n. 10/1993 e successive modifiche e deliberazione della Giunta Provinciale n. 2891 del 27/11/2009 “Direttive per l’assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie Assistenziali pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del S.S.P. per l’anno 2010 e relativo finanziamento”) ed è finalizzata a garantire l’erogazione di un livello omogeneo di assistenza agli ospiti di tali strutture.

Scopi generali

Il progetto è finalizzato al miglioramento qualitativo e quantitativo dell’assistenza agli ospiti di RSA. Il progetto pertanto si prefigge un incremento della salute sia attraverso la prevenzione secondaria e terziaria delle multimorbidità o delle complicanze degli ospiti, sia attraverso la condivisione della valutazione periodica.

Fasi

1. Predisposizione, per l’attività di vigilanza, delle schede per la verifica sanitaria.
2. Valutazione.
3. Presentazione dei dati a tutti gli operatori delle equipe.
4. Individuazione valori standard di riferimento per la valutazione qualitativa dell’assistenza nelle RSA.
5. Messa in atto di eventuali attività/progetti di miglioramento e/o superamento di criticità evidenziate.

Attività

1. Le schede per l’attività di vigilanza vengono predisposte da parte di un gruppo di lavoro del dipartimento Anziani composto da personale sanitario sia dell’Azienda sanitaria che delle RSA.
2. Le RSA del distretto di riferimento del progetto sono 9 per un totale di 738 posti letto.
3. Le fasi della valutazione comprendono una comunicazione della visita e la verifica da parte del personale dell’Unità Operative di Assistenza Primaria (U.O.A.P.) della Valsugana, almeno una volta all’anno, attraverso: il controllo

delle cartelle degli ospiti e la trasmissione dei dati rilevati all'Azienda sanitaria che provvederà alla rendicontazione ed ai rilievi statistici. La presentazione dei dati a tutti gli operatori delle equipe fungerà da strumento e stimolo per il miglioramento, convinti che la consapevolezza dei risultati raggiunti possa modificare il comportamento. La valutazione statistica degli indicatori presi in considerazione permetterà di individuare i valori attesi di riferimento per le RSA in genere.

4. Presentazione dei dati a tutti gli operatori delle equipe e condivisione della valutazione periodica.
5. Messa in atto di eventuali attività/progetti di miglioramento e/o superamento di criticità evidenziate.

Attori

Il personale addetto alla rilevazione è composto dal personale delle U.O.A.P., quale strumento operativo del distretto stesso. Il direttore medico dell'U.O.A.P., o suo sostituto si avvale, per l'effettuazione della verifica, del personale amministrativo del distretto, del coordinatore del Servizio infermieristico territoriale e di altre figure professionali ritenute necessarie.

6. BENEFICIARI

Anziani ricoverati nelle RSA del Distretto Alta e Bassa Valsugana (738 posti letto).

7. OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Il progetto è finalizzato al miglioramento qualitativo e quantitativo dell'assistenza agli ospiti di RSA. Il progetto pertanto si prefigge un incremento della salute sia attraverso la prevenzione secondaria e terziaria delle multimorbosità o delle complicanze degli ospiti, sia attraverso la condivisione della valutazione periodica.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Schede compilate per singolo paziente/totale pazienti, in ciascuna RSA	Banca dati dedicata		50%		80%	
Relazione annuale sui risultati della sorveglianza	Relazione	Non presente	Presente		Presente	
Relazione sulle attività di miglioramento realizzate	Relazione	Non presente	Non presente		Presente	

L'elenco delle pubblicazioni edite dall'Assessorato provinciale alla Salute e Politiche sociali e le versioni digitali in formato PDF, liberamente scaricabili, sono disponibili nel portale del Servizio Sanitario Provinciale www.trentinosalute.net.

Le pubblicazioni possono essere richieste, fino a esaurimento copie, a:
Provincia Autonoma di Trento

Servizio Economia e programmazione sanitaria

Ufficio Programmazione, valutazione e controllo dell'attività sanitaria

Via Gilli 4, 38100 Trento

tel. 0461 494044, fax 0461 494073

comunicazione.salute@provincia.tn.it.

Dove non indicato diversamente le pubblicazioni vengono distribuite a titolo gratuito.

Per l'acquisto delle pubblicazioni non distribuite gratuitamente è necessario effettuare anticipatamente il pagamento dell'importo corrispondente:

- con c/c postale n. 295386 intestato al Tesoriere della Provincia Autonoma di Trento - UNICREDIT BANCA SPA - Divisione Caritro - Via Galilei, 1 - Sede di Trento;
- tramite bonifico bancario (codice IBAN: Paese IT, CIN EUR 12, CIN S, ABI 02008, CAB 01820, n. conto 000003774828); precisando come causale: "Acquisto pubblicazione: Titolo...".

La consegna della pubblicazione avverrà dietro presentazione della ricevuta di pagamento:

- direttamente presso la Biblioteca;
- tramite spedizione postale, previo ricevimento del cedolino al n. di fax 0461 495095, con spese a carico dell'Amministrazione provinciale.

Stampato per conto della Casa Editrice Provincia Autonoma di Trento
da Litodelta Srl - Scurelle (TN)

