

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



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

# **Piano regionale delle attività di Prevenzione 2006-2008**

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

## INDICE

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

## PREMESSA

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

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

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

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

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

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

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

## LA PREVENZIONE

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

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

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

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

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

### **LE PRIORITÀ 2006-2008**

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

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

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

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

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

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

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

#### **IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **LA COMMISSIONE DI COORDINAMENTO DEL PIANO**

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

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

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

La Commissione è composta da:

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

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

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



## PROGRAMMA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOCEREBROVASCOLARI

### DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA

Nome e Cognome Edo BOTTACCHI  
Qualifica Direttore Struttura Complessa di Neurologia  
Sede Ospedale regionale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
tel. 0165/543610 e-mail [bottacchi.edo@uslaosta.com](mailto:bottacchi.edo@uslaosta.com) fax: 0165/543264

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

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

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

### INTRODUZIONE

#### Aspetti regionali del progetto

Nei paesi industrializzati l'ictus rappresenta uno dei principali problemi sanitari rappresentando la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie essendo responsabile del 10-12% di tutti i decessi per anno.

Nel mondo le malattie cerebrovascolari rappresentavano nel 1990 la sesta causa di morte, ma secondo una autorevole fonte, nel 2020 saranno la quarta.

La Valle d'Aosta, con i suoi 3 studi di incidenza dell'ictus condotti nel 1989, 1996 e 2004 dalla Neurologia dell'Ospedale Regionale, rappresenta un punto di riferimento epidemiologico per le malattie cerebrovascolari in Italia.

Dalla media dei nostri dati confrontati con la media di quelli italiani, ogni 100.000 abitanti, abbiamo ogni anno circa 50 nuovi TIA (Transient Ischaemic Attack - attacco ischemico transitorio) e 240 nuovi casi di ictus e 80 casi di recidiva.

Per comprendere ancora l'impatto sociale della malattia bisogna ricordare che di tutti gli ictus, una percentuale variabile compresa tra il 20 e il 30% decede entro il primo mese e il 30 %

entro l'anno. Solo il 50% dei pazienti colpiti da ictus è completamente indipendente ad un anno.

Per quanto riguarda l'eziologia dell'ictus gli studi italiani confermano che nel 80% circa dei casi l'ictus è di natura ischemica mentre le emorragie rappresentano il 15-20%.

Tra i principali fattori di rischio troviamo l'ipertensione, il diabete, l'ipercolesterolemia e il fumo.

Anche le ischemie del miocardio hanno un analogo impatto sociosanitario e trovano momenti di analogia per quanto riguarda i fattori di rischio che risultano essere gli stessi anche se talvolta con pesi diversi.

Prevenire l'ictus e l'ischemia del miocardio significa controllare gli stessi fattori di rischio.

### Finalità

Il progetto, attraverso l'applicazione della carta del Rischio Cuore a tutti i pazienti dimessi con diagnosi di Ictus Cerebrale, TIA (Transient Ischaemic Attack - attacco ischemico transitorio) o IMA si prefigge di quantificare il rischio vascolare dei pazienti stessi.

I Reparti Ospedalieri implicati nel progetto sono le strutture Complesse di Neurologia, Geriatria e Cardiologia dell'Ospedale Regionale di Aosta.

Obiettivo quindi quello di fornire ad ogni paziente dimesso dall'Ospedale una Carta denominata Cuore-Cervello contenente il suo profilo di rischio CardioCerebroVascolare.

Questo al fine di mettere in atto a domicilio, nei pazienti con alto rischio ( maggiore del 20% con la Carta del rischio) un programma di stretto monitoraggio dei fattori di rischio con l'intervento del MMG (Medici Medicina Generale) che preveda da parte degli stessi la riapplicazione della Carta del rischio a 6 mesi dalla dimissione.

Questo programma ha quindi lo scopo di prevenire le recidive di cerebrocardiopatìa, sensibilizzare i MMG sulla prevenzione e portare ad un'integrazione tra il lavoro dei medici ospedalieri e quelli di MMG.

### Piano operativo

La Valle d'Aosta è divisa dal punto di vista sanitario in 4 Distretti, vi è un unico Ospedale nel quale operano le Strutture Complesse di Neurologia e Cardiologia.

Questa situazione organizzativa facilita l'applicazione del progetto in termini formazione, coordinamento e monitoraggio del progetto.

I MMG e Medici Ospedalieri verranno formati nei primi mesi del progetto per acquisire la metodologia di somministrazione della Carta del Rischio Cuore e nello stesso tempo acquisire le più recenti informazioni relative ai fattori di rischio vascolare e al loro controllo attraverso la terapia farmacologica e la correzione degli stili di vita.

Tutti i pazienti dimessi dall'Ospedale Regionale con diagnosi di Ictus, TIA o IMA (DRG 14, 15, 121 e 122 ) verranno forniti di una Scheda di dimissione aggiuntiva chiamata "Carta Cuore-Cervello" indirizzata al proprio MMG contenente oltre ai riferimenti del Reparto dimettente, le seguenti informazioni sul paziente:

- il rischio di malattia cardiocircolatoria espresso in percentuale;
- l'elenco dei fattori di rischio modificabili;
- le indicazioni sugli stili di vita da mettere in atto;
- le indicazioni sulla terapia farmacologica per ridurre il rischio di recidiva e controllare quindi i fattori di rischio;
- la data dei controlli ospedalieri previsti
- la data entro la quale il MMG dovrà riapplicare la Carta del Rischio e comunicare al Centro di Riferimento ( Struttura Complessa che ha dimesso) il valore riscontrato.

#### Obiettivi:

- diffondere il concetto di Rischio CardioCerebroVascolare (CCV);
- sostenere la formazione ECM per i partecipanti al progetto;
- misurare la capacità di incidere sui fattori di rischio vascolari.

#### Monitoraggio del progetto e modalità di coordinamento

È costituito un gruppo di lavoro denominato "Comitato tecnico scientifico del programma" costituito da:

- Direttore Scientifico del programma
- Referenti dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta del programma
- Direttori delle Strutture Complesse partecipanti
- Rappresentante dei MMG
- Referenti regionali del programma

Il Comitato tecnico scientifico del programma avrà la funzione di coordinare le diverse fasi del progetto e di verificare l'andamento dello studio mediante riunioni periodiche nel corso delle quali verranno acquisiti gli atti relativi al progetto (avvenuta formazione ECM, numero dimissioni con Carta Cuore-Cervello, numero Pazienti controllati dai MMG, aderenza al progetto in termini di Cronoprogramma).

Le riunioni del Comitato tecnico scientifico del programma verranno effettuate di norma ogni 6 mesi dall'inizio del progetto.

Verrà steso al termine di ogni riunione un verbale contenente una valutazione dello stato dei lavori da trasmettersi all'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche sociali e al Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

### Cronoprogramma

ATTIVITÀ	INIZIO	FINE	VINCOLI	CRITICITÀ	PIETRE MILIARI
Pianificazione	01.01.2006	01.03.2006			
Accordo con i MMG	01.01.2006	01.03.2006	Disponibilità Azienda e MMG		Stipula accordo
Accordo con i Reparti Ospedalieri	01.01.2006	01.03.2006	Disponibilità Azienda e Medici		Stipula accordo
Organizzazione Corso formazione ECM	01.03.2006	01.05.2006	Struttura del corso dal CCM	Docenti	Iscrizioni al Corso
Svolgimento Corso	01.05.2006	01.06.2006			
Dimissione Ospedaliera con Carta Cuore-Cervello	01.06.2006	31.12.2008		Continuità nella compilazione Carta	
Follow-up dei MMG	31.12.2006	31.12.2008		Trasmissione dati	Compilazione Carta Cuore
Documento Finale	31.12.2008	01.06.2009			Documento

**DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA**

Nome e Cognome Edo BOTTACCHI  
Qualifica Direttore Struttura Complessa di Neurologia  
Sede Ospedale regionale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
tel. 0165/543610 e-mail [bottacchi.edo@uslaosta.com](mailto:bottacchi.edo@uslaosta.com) fax: 0165/543264

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

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

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

Nome e Cognome Leonardo IANNIZZI  
Qualifica Direttore del Distretto n° 3 di Châtillon  
Sede Via Chanoux, 119 Châtillon AO  
tel. 0166-501011 e-mail [iannizzi.leonardo@uslaosta.com](mailto:iannizzi.leonardo@uslaosta.com) fax: 0166/501084

**INTRODUZIONE**

Aspetti regionali del progetto

In Valle d'Aosta esiste da anni uno Stroke Registry (Registro dell'Ictus) di popolazione che consente di misurare prevalenza ed incidenza dell'ictus, patologia che sappiamo essere fra le principali cause di mortalità, disabilità e ricoveri ospedalieri soprattutto negli anziani.

Analogamente tramite il sistema di codifica dei DRG ospedalieri è possibile risalire all'incidenza ospedaliera delle malattie ischemiche cardiache.

Il fatto di avere un unico Ospedale regionale permette una raccolta di questi dati in modo coerente ed esaustivo.

Poiché sono noti i principali fattori di rischio per l'ictus cerebrale e l'infarto miocardio, se fosse possibile identificare nella popolazione generale i soggetti ad alto rischio, sarebbe possibile intervenire prima dell'esordio della malattia CardioCerebroVascolare con strategie mirate di prevenzione.

Nel corso del 2004 nel Distretto Sanitario n° 1 di Morgex è stato applicato un progetto di prevenzione primaria denominato PrATO ( Progetto Assistenza Territorio Ospedale) allo scopo di identificare i residenti portatori di rischio cerebrovascolare e cardiovascolare.

La Carta del Rischio Cerebrovascolare (CRC) così come proposto dalle linee guida SPREAD (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion) è uno strumento rapido e di facile applicazione.

La CRC, in quel progetto, era stata somministrata dai MMG a 1.147 persone di età compresa tra i 60 e 70 anni di età (47,40% dei probandi hanno aderito) permettendo di identificare 519 (45,2%) persone con punteggio maggiore di 1.000 ritenuto da studi precedenti una soglia significativa per alto rischio cerebrovascolare.

I portatori di alto rischio così identificati sono stati sottoposti ad uno screening di II° livello (visita medica vascolare, esami ematici, ECG, ecodoppler vasi collo).

I MMG hanno quindi ricevuto gli esiti della visita di II° livello attraverso una “Cartella Clinica” redatta per ogni paziente e contenente tutti i risultati degli accertamenti eseguiti con le indicazioni al fine di mettere in atto un programma di prevenzione (terapia farmacologica, stile di vita, approfondimenti diagnostici ecc).

Su tutti questi pazienti selezionati era stata somministrata inoltre la carta di “Rischio Cardiovascolare” secondo Framingham permettendo così di aggiungere una valutazione percentuale del rischio per Malattie Cardiache.

I principali fattori di rischio presenti nella popolazione in esame sono risultati: ipertensione (60% dei casi), dislipidemia (42%) fumo (20%) e diabete (9%).

Solo il 31% dei 423 pazienti è risultato avere la Pressione Arteriosa controllata (< 140/90).

A fronte di 48 pazienti che erano a conoscenza di essere diabetici 97 sono risultati avere la glicemia alterata.

Per quanto riguarda il colesterolo totale 113 pazienti ne avevano un valore superiore a 250 mg, inoltre il 29% dei pazienti con colesterolo elevato non sapeva di averlo.

Per quanto riguarda l'obesità 94 pazienti avevano un BMI superiore.

Gli ecodoppler vasi del collo patologici sono risultati 99 e 4 pazienti sono stati operati di endoarterectomia carotidea.

Dei pazienti così selezionati è in corso un follow-up clinico-anamnestico con il rilievo degli eventi cerebro-cardio-vascolari fatali e non fatali utilizzando lo Stroke Registry Regionale, il sistema DRG Ospedaliero e i dati ISTAT di causa di morte.

Il follow-up si concluderà nel 2009.

## Finalità generali

Questa premessa Regionale alle finalità e obiettivi del progetto si è resa necessaria per dare un senso al progetto che di seguito viene presentato nell'ambito del programma Regionale di prevenzione delle malattie cardiocerebrovascolari.

L'obiettivo del progetto è quello di diffondere il concetto di misura del rischio vascolare attraverso la CRC e la Carta del Rischio Cuore tra i medici di MMG e Medici Ospedalieri (MO) e di mettere in atto uno screening di prevenzione primaria per le malattie vascolari.

Altro importante obiettivo è quello di favorire l'interazione tra Territorio-Ospedale e quindi tra MMG e Medici Ospedalieri affiancandoli in un programma di lavoro.

Di fatto si propone di ripresentare il progetto PrATO, già effettuato nel Distretto n° 1, in un nuovo Distretto: quello n° 3 di Châtillon.

Elementi innovativi rispetto al precedente progetto sono il piano formativo ECM per i MMG e i Medici Ospedalieri che porterà alla certificazione all'utilizzo delle 2 Carte del Rischio e all'approfondimento delle problematiche relative alla prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiocerebrovascolari (CCV).

## Piano operativo

Partecipano al progetto le Strutture Complesse di Neurologia, Chirurgia Vascolare e MCUA dell'Ospedale Regionale che già hanno partecipato al progetto precedente e i 13 MMG attualmente operanti nel Distretto n° 3.

Il progetto PrATO verrà effettuato nel Distretto n° 3 di Châtillon., che conta 16.520 residenti, la fascia d'età compresa tra i 60-70 anni è rappresentata da 19.79 persone, di questi il 18% è residente in comuni considerati "deprivati" dove, per le malattie dell'apparato circolatorio, risulta un rischio di morte maggiore del 17% rispetto alla media regionale. (Fonte: OREPS su dati ISTAT 2002).

Le variabili che compongono l'indice di "deprivazione" sono:

- percentuale di abitazioni senza bagno interno;
- percentuale di abitazioni in case d'affitto;
- percentuale di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione;
- densità abitativa (numero di occupanti per stanza);
- percentuale di popolazione senza titolo di studio o con licenza elementare;
- percentuale di famiglie mono-parentali con figli dipendenti conviventi.

Si è deciso di intervenire in questa fascia della popolazione in quanto i dati della letteratura indicano essere quella con un'alta incidenza di fattori di rischio in età in cui è ancora possibile instaurare con efficacia un progetto di prevenzione primaria.

I MMG e i Medici Ospedalieri verranno formati nei primi mesi del progetto mediante un corso Formativo ECM al secondo le modalità previste dal CCM fine di acquisire la metodologia di somministrazione della Carta del Rischio Cerebrovascolare e la Carta del Rischio Cuore e nello stesso tempo acquisire le più recenti informazioni relative ai fattori di rischio vascolare e al loro controllo attraverso la terapia farmacologica e la correzione degli stili di vita.

Inizierà quindi la seconda fase mirata ad identificare i pazienti a rischio per malattia CCV.

I probandi verranno informati per lettera e a mezzo stampa del progetto e invitati a presentarsi dal proprio MMG per essere sottoposti al calcolo del rischio.

I pazienti con CRC > di 1000 punti verranno selezionati per essere sottoposti allo screening denominato di "2° livello" attuato dai Medici Ospedalieri e consistente in :

- visita generale (con particolare attenzione agli aspetti vascolari);
- esami ematochimici mirati con particolare attinenza a quelli considerati fattori di rischio vascolare;
- ECG;
- Ecocolordoppler dei vasi del collo.

Ottenuti i risultati degli esami ematochimici il Medico Ospedaliero che ha visitato il paziente compila una "Cartella Clinica" (CC) per ogni paziente contenente tutti i risultati degli accertamenti eseguiti con le indicazioni necessarie a mettere in atto un programma di prevenzione primaria della malattia CCV (terapia farmacologica, stile di vita, approfondimenti diagnostici ecc).

Elemento importante della CC inoltre sarà il calcolo percentuale del "Rischio Cardiovascolare" ottenuto con la Carta del Rischio Cuore. Per coloro che presenteranno un rischio computato => al 20% alla Carta di Rischio Cuore verrà attivata una procedura che porterà all'invio presso l'ambulatorio di Prevenzione Cardiovascolare dell'U.B di Cardiologia per integrare lo screening di II° livello con le procedure cardiologiche diagnostiche e terapeutiche del caso mantenendo comunque in ogni caso anche per questi Pazienti l'iter successivo con i MMG.

A distanza di 12-18 mesi i MMG somministreranno di nuovo le due Carte del Rischio (CRC e CR Cuore) al fine di misurare l'efficacia del nostro intervento di prevenzione misurata in



termini di riduzione, rispettivamente numerico e percentuale del rischio CardioCerebroVascolare.

Disponendo inoltre dei dati di incidenza, relativi agli anni precedenti il Progetto PrATO, delle malattie CCV del Distretto n° 3 (Registro Regionale dello Stroke, DRG per IMA e mortalità ISTAT ) saremo in grado di valutare l'impatto del programma di prevenzione attraverso il confronto statistico del numero degli eventi fatali e non fatali di malattia cardiocerebrovascolari che si verificheranno nella fascia di popolazione in esame.

#### Monitoraggio del progetto e modalità di coordinamento

È costituito un gruppo di lavoro denominato “Comitato tecnico scientifico del progetto” costituito da:

- Direttore Scientifico del programma
- Referenti dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta del programma
- Direttori delle Strutture Complesse partecipanti
- Direttore del Distretto n° 3 Châtillon
- Rappresentante dei MMG
- Referenti regionali del programma

La Giunta avrà la funzione di coordinare le diverse fasi del progetto e di verificare l'andamento dello studio mediante riunioni periodiche nel corso delle quali verranno acquisiti gli atti relativi al progetto (formazione ECM, numero cartelle raccolte, numero visite di screening effettuate, aderenza al progetto in termini di Cronoprogramma).

Le riunioni del Comitato tecnico scientifico del progetto verranno effettuate di norma ogni 6 mesi dall'inizio del progetto.

Verrà steso al termine di ogni riunione un verbale contenente una valutazione dello stato dei lavori da trasmettersi all'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche sociali e al Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

#### Cronoprogramma

ATTIVITÀ	INIZIO	FINE	VINCOLI	CRITICITÀ	PIETRE MILIARI
Pianificazione	01.01.2006	01.03.2006			

Accordo con i MMG	01.01.2006	01.03.2006	Disponibilità Azienda e MMG		Stipula accordo
Accordo con i Reparti Ospedalieri	01.01.2006	01.03.2006	Disponibilità Azienda e Medici		Stipula accordo
Organizzazione Corso formazione ECM	01.03.2006	01.04.2006	Struttura del corso dal CCM	Docenti	Iscrizioni al Corso
Svolgimento Corso	01.04.2006	01.05.2006			
Screening I° livello	01.05.2006	31.10.2006	Raccolta schede dai MMG		Invio schede
Screening II° livello	01.06.2006	31.12.2006			Compilazione Cartella
Follow-up MMG	31.12.2007	01.07.2008		Continuità	
Documento Finale di Valutazione dei risultati screening I° e II° livello	01.07.2008	31.12.2008			Documento

**DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA**

Nome e Cognome Edo BOTTACCHI  
Qualifica Direttore Struttura Complessa di Neurologia  
Sede Ospedale regionale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
tel. 0165/543610 e-mail [bottacchi.edo@uslaosta.com](mailto:bottacchi.edo@uslaosta.com) fax: 0165/543264

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

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

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

Nome e Cognome Costante AILLON  
Qualifica Cardiologo U.B. di Cardiologia e Cure intensive Cardiologiche  
Sede Ospedale regionale V.le Ginevra, 3 11100 AOSTA  
tel. 0165-543341 e.mail: fax: 0165/543342

**INTRODUZIONE**

Le malattie cardiovascolari in Italia da anni rappresentano uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Nel 2002 in Italia si sono verificati 236.000 decessi per malattie cardiovascolari che rappresentano il 42,5% del totale.

I dati epidemiologici regionali evidenziano come anche in Valle d'Aosta, ed allo stesso modo che in tutti i Paesi occidentali, le malattie cardiovascolari rappresentino la prima causa di morte sia per i maschi che per le femmine; se si considera la sola fascia di età 35-64 anni le Malattie Cardiovascolari rappresentano, in entrambi i sessi, la seconda causa di mortalità, dopo le neoplasie.

Il progredire delle conoscenze di base sui meccanismi patogenetici dell'aterosclerosi coronarica e delle manifestazioni cliniche della cardiopatia ischemica, unitamente allo sviluppo dell'epidemiologia cardiovascolare, ha permesso di individuare condizioni di rischio e determinanti di questa patologia:

- comportamenti legati allo stile di vita: alimentazione ricca di grassi prevalentemente saturi, sale e calorie, eccesso di alcool, inattività fisica, fumo di sigaretta;
- fattori di rischio per le malattie cardiovascolari aterosclerotiche: livelli elevati di pressione arteriosa e di colesterolemia, dislipidemie, diabete mellito, sovrappeso e obesità, indicatori di infiammazione, fattori trombogenici

I fattori di rischio cardiovascolare, quando sono presenti in più di uno, hanno un'azione moltiplicativa nel determinare il rischio di malattia.

La correzione di queste condizioni incide notevolmente sulla riduzione del rischio di malattie cardiovascolari. La modalità più appropriata per identificare le persone a rischio di ammalare è quella realizzata attraverso la valutazione del rischio globale assoluto. Questa procedura, considerando insieme i valori di più fattori di rischio, permette di stimare la possibilità di andare incontro a malattia nel corso degli anni successivi (10 anni). Le linee guida internazionali concordano nel sostenere la rilevanza del calcolo del rischio globale assoluto (in questo contesto individuato come rischio cardiovascolare) di sviluppare un evento cardiovascolare come momento decisionale nell'iniziare una terapia farmacologica e nel guidare l'aggressività del trattamento.

L'uso del rischio globale assoluto rispetta l'eziologia multifattoriale della malattia cardiovascolare, e costituisce un criterio oggettivo e accurato per la valutazione dell'assistito da parte del medico, confrontabile anche con le valutazioni eseguite in tempi successivi.

Le Carte del Rischio Cardiovascolare, stilate nel 2004 dall'ISS con la collaborazione dell'ANMCO sulla base di studi epidemiologici su popolazioni italiane, rappresentano uno strumento di primaria importanza nella valutazione del rischio cardiovascolare personale per ogni soggetto nell'ambito della Prevenzione Primaria.

### Contesto regionale

Dal mese di luglio 2002 è attivo presso l'U.B. di Cardiologia e Cure Intensive Cardiologiche l'Ambulatorio di Cardiologia Preventiva, parte della nascente Rete degli Ambulatori di Prevenzione Cardiovascolare in Italia, coordinata dall'ANMCO.

Nell'ambito di questo Ambulatorio vengono seguiti:

► in ambito di Prevenzione Primaria: soggetti portatori di molteplici Fattori di Rischio (FdR) ed indenni da eventi cardiovascolari. In questi soggetti viene svolta un'accurata valutazione dei FdR al termine della quale viene applicata la Carta del Rischio e viene ricavato il Punteggio

individuale del rischio di eventi cardiovascolari nei prossimi 10 anni. Viene svolto un accurato counselling che tocca i seguenti punti:

- modificazione degli stili di vita;
- trattamento farmacologico dei FdR suscettibili di correzione farmacologica;
- eventuale ricorso alle consulenze specialistiche (dietologica, diabetologica, nefrologica..);
- valutazione clinica complessiva, conclusioni diagnostiche e inquadramento del paziente sulla base del punteggio di rischio individuale nella fascia a: ALTO RISCHIO, MEDIO RISCHIO, BASSO RISCHIO con assegnazione di eventuali protocolli terapeutici;
- follow-up differenziato al rischio valutato.

► in ambito di Prevenzione Secondaria: pazienti nei quali si sono già manifestati eventi cardiovascolari. In questi soggetti viene svolta una nuova puntualizzazione ischemica, aritmica, emodinamica (la cosiddetta “stratificazione del rischio”) e viene applicata la Carta del Rischio GISSI (validata per pazienti con precedenti eventi cardiaci). Viene inoltre operata un’accurata valutazione dei FdR ed un counselling che tocca i seguenti punti:

- puntualizzazione diagnostico-terapeutica cardiologica
- modificazione degli stili di vita con counselling stretto ed individualizzato
- trattamento farmacologico dei FdR suscettibili di correzione farmacologica
- eventuale ricorso alle consulenze specialistiche (dietologica, diabetologica, nefrologica)
- follow-up

Dal mese di luglio 2005 l’U.B. di Cardiologia e Cure Intensive Cardiologiche conduce uno studio policentrico nazionale (Studio Cardio SIS) volto all’individuazione del miglior regime pressorio cui tendere nei pazienti ipertesi non diabetici e senza precedenti eventi infartuali.

## **Azioni**

### **a) Svolgimento di riunioni di formazione tra Cardiologi e Medici di Medicina Generale.**

Allo scopo di introdurre alla conoscenza delle RACCOMANDAZIONI della III CONFERENZA (Consiglio dei Ministri/ISS, ROMA, maggio 2004) che costituisce il documento portante le Linee Guida attuali più aggiornate sulla Prevenzione Cardiovascolare. Il progetto di cui sopra è parte del piano di Formazione previsto dall’ISS e dall’ANMCO (Associazione Nazionale Medici cardiologi Ospedalieri) rivolto ai MMG con l’obiettivo di unificare ed armonizzare in rete nazionale i diversi livelli delle strategie di prevenzione alla popolazione e agli individui e/o pazienti. In questo piano la formazione alla conoscenza e all’utilizzo delle Carte del Rischio, messe a punto dagli studi longitudinali epidemiologici sulla popolazione italiana attuati dall’ISS con la stretta collaborazione dei cardiologi italiani

(l'U.B. di Cardiologia e Cure Intensive Cardiologiche ne ha fatto parte integrante) costituisce uno dei contenuti irrinunciabili: si ritiene indispensabile diffondere il significato, le modalità di corretto utilizzo e del contesto nelle quali le Carte del Rischio e il calcolo del Punteggio Individuale vanno utilizzati. Si ritiene che saranno necessarie almeno tre riunioni (rispettivamente ad Aosta, in un Comune del Distretto 1 ed in un Comune del Distretto 4) tra Formatori Cardiologi e MMG con l'obiettivo di una adeguata comunicazione e trasmissione delle conoscenze culturali specifiche, anche attraverso l'uso di materiale didattico (cartaceo/informatico) preparato.

**b) Illustrare e/o dotare i MMG del software dell'ISS/Progetto Cuore per l'agevole utilizzo delle Carte del Rischio Cardiovascolare e del Punteggio Individuale del rischio presso i propri ambulatori.**

- Realizzazione delle riunioni formative, discussione e dibattito in situ, consegna di questionari anche valutativi;
- completamento della fornitura del software a tutti i MMG della Regione Valle d'Aosta, verificarne in seconda istanza il grado e la correttezza del suo utilizzo;
- inizio dell'invio da parte dei MMG di:
  - 1) soggetti con Rischio Cardiovascolare > 20% presso l'Ambulatorio di Cardiologia Preventiva per la corretta diagnostica e terapia;
  - 2) soggetti con patologie multidisciplinari complicate e di gestione clinica complessa: pazienti in Prevenzione Primaria con >2 FR CV e/o segni di aterosclerosi coronarica; o pazienti in Prevenzione Secondaria, ed associate nefropatia, diabete, vasculopatie periferiche o cerebrali.

**Output**

- Screening clinico e tramite l'applicazione delle Carte del Rischio Italiane e del Punteggio Individuale dei soggetti ad Alto Rischio;
- follow-up in Prevenzione Primaria presso l'Ambulatorio di Cardiologia Preventiva della U.B. di Cardiologia e Cure Intensive Cardiologiche;
- Back up del decorso clinico con gli eventuali eventi al fine della creazione di un archivio epidemiologico regionale per la verifica dell'implementazione delle Linee Guida internazionali, dell'attuazione delle metodiche di diagnostica precoce e dell'efficacia terapeutica praticata.

**c) Creazione del software per il calcolo automatico del Punteggio Individuale del Rischio a partire dai dati contenuti nel referto di visita e dal software del Progetto Cuore dell'ISS.**

- Installazione del software appositamente creato sui PC dell'U.B. di Cardiologia;
- Utilizzazione del Punteggio Individuale da parte dei Cardiologi nell'ambito delle Visite Cardiologiche per i Pazienti che rientrano nei gruppi sopra citati: verifica del grado e della correttezza del suo utilizzo.

**Output**

Individuazione, tramite l'applicazione del Punteggio Individuale, di ulteriori pazienti a Rischio Medio o Alto in Prevenzione Primaria da seguire nell'ambito degli Ambulatori specifici (Prevenzione) dell'U.B. di Cardiologia e Cure Intensive Cardiologiche. Follow-up con counselling individuale dei pazienti in Prevenzione Secondaria che presentano scarsa aderenza alle Linee Guida e ai protocolli assegnati al momento delle dimissioni ospedaliere.

**d) Screening dell'Alto Rischio per Cardiopatia Ischemica e Patologia Cardiovascolare per i soggetti che parteciperanno al Progetto PrATO**

PREMESSA

L'attuale pratica clinica si è rivelata inadeguata a fronteggiare il carico di prevalenza ed incidenza delle malattie cardiovascolari causa le problematiche legate alla ridotta percentuale di registrazione dei parametri coinvolti nel rischio nella popolazione identificabile quale la più esposta alle patologie cardiovascolari. Le Linee Guida definiscono le priorità della Prevenzione cardiovascolare con l'identificazione dei pazienti a rischio globale assoluto elevato, i loro parenti stretti e quelli già portatori di patologia aterosclerotica o di un evento ischemico che non mantengono i target previsti e sono esposti a recidive. La valutazione del rischio nella popolazione deve comportare, insieme alla registrazione dei fattori di rischio e dell'anamnesi fisiologica e familiare, il necessario intervento successivo di counselling e farmacologico. In questo atteggiamento le modalità di screening si rivelano indispensabili per

un approccio selettivo, tra esse le Carte del Rischio cardiovascolare sono state dimostrate strumenti efficaci, a fronte di un rapporto costo/efficacia sicuramente favorevole e di prevedibili effetti positivi in termini di salute pubblica e di risparmio su altre fonti di spesa sanitaria. La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto è la modalità più appropriata per valutare le persone ad elevato rischio nei soggetti esenti da manifestazioni cliniche della malattia aterosclerotica. L'utilizzo di tale indicatore rispetta l'eziologia multifattoriale della malattia CV, offre opzioni multiple al trattamento degli individui a rischio aumentato e facilita al MMG o allo specialista il rispetto delle possibili preferenze soggettive. Le Carte e il computo del punteggio individuale sulla base dei FR, misurati adottando metodologie standardizzate, sono strumenti semplici ed obiettivi per la valutazione del variare del rischio nel tempo e permettono di individuare gli strumenti terapeutici, farmacologici e non, più aggiornati rispetto alle Linee Guida consentendo una sorveglianza e una stima nel tempo del beneficio delle attività di prevenzione intraprese.

#### METODOLOGIA

I soggetti che affluiranno al Distretto 3 per la valutazione del rischio cerebro-vascolare secondo le modalità del Progetto PrATO saranno sottoposti anche al computo del rischio di evento ischemico cardiaco attraverso le stime della Carte del Rischio Cardiovascolare. Per coloro che presenteranno un rischio computato  $\geq$  al 20% verrà attivata una procedura di selezione che invierà tali soggetti, attraverso modalità concordate tra le U.B. di Cardiologia e Neurologia, all'Ambulatorio di Prevenzione Cardiovascolare presso l'U.B. di Cardiologia dove verranno attuate le adeguate procedure diagnostiche e terapeutiche e il follow-up necessario, mantenendo sempre stretto rapporto con gli interventi e i controlli neurologici previsti dal Progetto PrATO medesimo.



**PROGRAMMA DI ATTIVAZIONE DELLO SCREENING REGIONALE DEL CARCINOMA COLORETTALE**

**DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA**

Nome e Cognome Sergio CROTTA  
Qualifica Responsabile Unità Operativa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva  
Ospedale regionale Azienda U.S.L. Valle d'Aosta  
Sede Via Vaccari, 5 11100 AOSTA  
tel. 0165/545513 e-mail [crotta.sergio@uslaosta.com](mailto:crotta.sergio@uslaosta.com) fax: 0165/545508

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

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

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

**INTRODUZIONE**

Il carcinoma colo-rettale (CCR) è una delle neoplasie più frequenti per incidenza e mortalità nei Paesi industrializzati. A livello mondiale il CCR ha un'incidenza, rispetto a tutti i tumori, del 9.4% nell'uomo e del 10.1% nella donna. La differenza di distribuzione riscontrata tra nazione e nazione suggerisce che l'insorgenza della patologia può essere associata a fattori ambientali e dietetici (maggior introito di grassi animali e calorie, basso consumo di fibre, obesità ecc.). Nei Paesi occidentali, Italia compresa, il cancro del colon-retto è la seconda causa di morte per tumore sia nell'uomo sia nella donna (rispettivamente dopo il cancro del polmone e della mammella). In Italia sono circa 30.000 i nuovi casi diagnosticati ogni anno e circa 16.000 i morti per questa neoplasia. L'incidenza è variabile di regione in regione (tassi più elevati nel Centro-Nord) probabilmente correlata a stili di vita e dietetici caratteristicamente differenti all'interno del nostro Paese. I dati della Valle d'Aosta segnalano una mortalità per CCR lievemente inferiore ai dati nazionali per entrambi i sessi con il valore più elevato osservato tra i maschi nel 1990 e tra le femmine nel 1996. Dal Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR) per i quattro distretti della Valle d'Aosta risulta che in nessuno dei 4 distretti la mortalità per tumore del colon-retto è significativamente diversa da quella media regionale. Il 90% dei casi diagnosticati su base clinica riguarda individui sopra i

50 anni. La sopravvivenza a 5 anni dipende dallo stadio alla diagnosi: è del 90% quando la malattia è limitata alla parete intestinale ma scende al 35-60% in caso di coinvolgimento dei linfonodi regionali ed è meno del 10% in soggetti con malattia metastatica.

Le condizioni note che conferiscono un alto rischio di sviluppare CCR (sindromi ereditarie, spiccata familiarità per CCR, precedenti adenomi o CCR, colite ulcerosa) consentono di individuare complessivamente circa il 15-20% di tutti i casi incidenti di cancro. La maggior parte della popolazione è costituita invece da soggetti a medio rischio (altrimenti detto “generico”), in cui l’unico criterio di selezione disponibile per strategie di prevenzione è l’età. L’incidenza life-time del CCR del 6% (1 su 18 persone) ed il suo tasso di prevalenza sono sufficientemente elevati da giustificare l’adozione di un programma di screening nella popolazione generale. Considerando sia il trend di incidenza che gli anni di vita residui lo screening è in genere orientato sui cittadini di età dai 50 agli 80 anni.

Ciò premesso nella Regione Valle d’Aosta inizierà a partire dal 2006 un programma di screening del cancro colo-rettale (CCR) con le seguenti caratteristiche:

- Popolazione bersaglio: la popolazione residente a rischio generico
- Fascia di età: 50 –74 anni
- Test di screening: ricerca sangue occulto fecale (SOF)
- Tipo di test: immuno - chimico al lattice, con lettura automatizzata (cut off: 100 ng)
- Periodicità dello screening: biennale

#### **FINALITÀ E OBIETTIVI GENERALI**

Le ragioni per intraprendere uno screening per il cancro colo-rettale si fondano sull’evidenza di una malattia frequente, ad elevata morbilità e mortalità. I test di screening attuali (vedi sopra) sono sufficientemente accurati nel rilevare il tumore in fase precoce, accettabili per il paziente e realizzabili nella pratica clinica. Il trattamento della neoplasia individuata mediante screening ha dimostrato di migliorare la prognosi rispetto alla terapia dopo diagnosi convenzionale.

Le finalità dello screening sono quindi la guarigione e/o la riduzione di mortalità dei soggetti affetti da CCR mediante: 1) diagnosi precoce dei casi di tumore 2) bonifica tempestiva delle eventuali lesioni benigne precancerose 3) applicazione di terapie chirurgiche, mediche e riabilitative accettabili in grado di garantire una buona qualità della vita. Il raggiungimento di

tali obiettivi può essere ottenuto mediante l'attivazione di un programma screening su popolazione a rischio generico o medio, mediante ricerca del sangue occulto nelle feci.

Lo screening di popolazione è un programma di politica sanitaria che implica uno scenario temporale articolato (vedasi tumori femminili). Si ipotizzano almeno 5 round biennali (10 anni) per potere avere degli effetti valutabili sulla riduzione della mortalità e dell'incidenza del CCR, quantizzati nella letteratura storica con SOF al guaiaco dal 16% al 23% per la mortalità (vedi rif.7-8-9-10-13-18). Il test immunochimico da noi adottato, già testato nei due screening pilota in Valle d'Aosta (19), dato il miglior rapporto sensibilità/specificità rispetto al guaiaco, dovrebbe permettere un ulteriore guadagno in termini di sopravvivenza.

#### ATTIVITÀ

Il progetto di screening si articola in due fasi:

La prima fase prevede la somministrazione del test per la ricerca del sangue occulto fecale, con metodo immuno-chimico, su unico campione fecale di un giorno, a soggetti invitati ed appartenenti alla popolazione bersaglio individuata. Non è prevista l'adesione spontanea.

In caso di SOF negativo sarà indicata la ripetizione dello stesso ogni due anni, mentre in caso di positività al test si passerà alla seconda fase.

Dato il numero della popolazione bersaglio di 36.129 soggetti su tutta la regione e la cadenza biennale dello screening si ritiene funzionale suddividere la stessa in due gruppi. Circa 18.000 soggetti saranno invitati ad eseguire lo screening il 1° anno e gli altri 18.000 il secondo; il III anno si ricomincerà invitando i primi 18.000 e così via. Dal momento che la popolazione dei Comuni di Châtillon e St. Vincent lo ha eseguito nel 2001-2002 e nell'inverno 2003-2004 sarà collocata negli inviti all'inizio 2006, rispettando in tal modo per la III volta la cadenza dei due anni su tale sottogruppo di popolazione.

Stante la morfologia della Valle d'Aosta, zona montuosa con valli laterali a fondo ceco, saranno individuate fasce contigue di popolazione da coinvolgere a gruppi nell'arco dell'anno.

La seconda fase prevede l'esecuzione della colonscopia, come esame di secondo livello, nei cittadini positivi al test. ai soggetti che presentano controindicazioni all'endoscopia o in caso di indagini incomplete verrà eseguito un esame radiologico del colon (clisma opaco a doppio contrasto). In caso di negatività all'esame endoscopico (o del clisma) il cittadino verrà sottoposto nuovamente a SOF dopo 6 anni, mentre in caso di positività si passerà al previsto percorso terapeutico e/o di follow up.

## LIVELLO 1

- I Distretti Sanitari, in collaborazione con il Responsabile Organizzativo ed i referenti del Comitato Tecnico-Scientifico, (CTS) procederanno all’informazione e coinvolgimento dei Medici di Medicina generale (MMG) operanti sul territorio.
- L’anagrafe sanitaria dell’Azienda U.S.L. fornirà a tutti i MMG l’elenco nominativo dei propri assistiti eleggibili. I MMG eseguiranno la cosiddetta “pulizia delle liste”, applicando i criteri di esclusione previsti e selezionando i cittadini che potranno essere invitati a screening.
- Il Servizio competente dell’Amministrazione Regionale predisporrà una campagna di informazione per tutta la popolazione, utilizzando diversi canali di comunicazione (media, amministrazioni comunali, volontariato, materiale cartaceo divulgativo ecc...).
- L’UVOS (Unità di Valutazione ed Organizzazione Screening) invierà la lettera d’invito secondo una programmazione informatizzata. La lettera conterrà informazioni sullo screening, dove ritirare e riconsegnare le provette per il test, come fare il prelievo;
- Il MMG informerà il cittadino sul percorso dello screening.
- Le provette saranno distribuite da personale volontario, opportunamente formato. In questa prima fase si sono presi contatti con la Lega Tumori, non escludendo altre collaborazioni col mondo del volontariato. Si è deciso di non avvalersi, per la consegna, dell’opera dei MMG, tranne che di coloro i quali ne faranno esplicita richiesta.
- I punti di distribuzione delle provette saranno individuati presso i vari Comuni di volta in volta interessati (o sedi sovra-comunali). Il cittadino riconsegnerà, dopo il prelievo fecale e secondo le precise indicazioni fornitegli, il campione presso le stesse sedi, collocandoli in uno scatolone all’uopo predisposto.
- L’UB Laboratorio Analisi dell’Ospedale di Aosta, procederà alla lettura dei campioni e fornirà i risultati al UVOS per via informatica. L’UVOS, in caso di negatività, invierà tale risposta per posta al cittadino entro 21 giorni dall’esecuzione, indicando che esso verrà ri- invitato dopo due anni ad eseguire lo stesso test.
- I risultati positivi saranno comunicati dall’UVOS sia alla Segreteria del Servizio di Endoscopia digestiva (ED) dell’Ospedale di Aosta che al MMG. La Caposala ED, o un personale infermieristico formato, darà comunicazione telefonica diretta a ciascun soggetto positivo. Avrà cura di rispettare gli aspetti relazionali, di tranquillizzare il cittadino e di invitarlo ad eseguire gli approfondimenti diagnostici, fissando direttamente

l'appuntamento per la colonscopia. I cittadini che non rispondono al 1° invito verranno sollecitati tramite una seconda lettera entro tre mesi.

## LIVELLO 2

- Il cittadino con SOF positivo seguirà un percorso preferenziale per la esecuzione della colonscopia, in sedazione conscia. In caso di risultato negativo verrà richiamato a screening (SOF) a distanza di 6 anni.
- In caso di risultato positivo, dopo conferma del Servizio di Anatomia Patologica, i pazienti verranno informati dal Medico Endoscopista sulle successive terapie e/o follow up secondo i seguenti indirizzi:
  - a) I pazienti con neoplasia maligna verranno indirizzati direttamente alla UB di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Aosta; casi complessi saranno prima discussi in seno ad un gruppo poli-specialistico (Gruppo Interdivisionale del cancro del colon-retto: GIC colon)
  - b) Verranno inoltre avviati alla chirurgia i pazienti in cui l'esame istologico riveli un *adenoma cancerizzato* che non manifesti anche una sola delle seguenti condizioni:
    - a) carcinoma ben differenziato
    - b) margini di resezione indenni
    - c) non invasione dei vasi linfatici e/o venosi.
  - c) I pazienti con *adenoma non cancerizzato* o con iniziale degenerazione, che non rientrano nelle condizioni sovra-esposte, saranno trattati endoscopicamente ed inseriti dal UVOS nel protocollo di follow up adottato.
  - d) Il Medico Endoscopista o il Chirurgo o gli altri specialisti interessati dovranno in ogni caso informare dei risultati degli esami l'UVOS, mediante la compilazione delle apposite maschere del software.

## **PIANO DI FORMAZIONE**

Nei mesi di dicembre 2005 e gennaio 2006 partiranno i corsi di formazione tenuti rivolti a:

- Personale dell'UVOS
- Responsabili aree distrettuali
- Specialisti ospedalieri coinvolti (laboratorio analisi, anatomia patologica, endoscopia digestiva, oncologia, chirurgia ecc)
- Medici di medicina generale
- Volontari Lega Tumori e altri

I corsi seguiranno una metodologia formativa già applicata negli screening pilota del CCR del 2001 e 2003. Prevedono una lezione frontale con proiezione di diapositive seguita da un ampio dibattito. Verranno affrontati i seguenti argomenti:

- a) la storia naturale del CCR
- b) cos'è uno screening e la sua applicabilità nel CCR
- c) i risultati ottenuti nello studio di fattibilità dei Comuni di St. Vincent e Châtillon
- d) l'organizzazione prevista per lo screening in fieri
- e) i risultati attesi
- f) i criteri di controllo e di valutazione.

#### **FOLLOW UP**

È previsto un calendario di controlli per i pazienti positivi per adenoma e cancro del colon. Questi pazienti escono comunque dallo screening e seguono un percorso ad hoc disegnato, secondo le linee guida elaborate dal GIC colon. Se ne dà di seguito una sintesi.

#### Adenomi

In linea di massima le società scientifiche consigliano:

- a) La prima colonscopia di follow-up deve essere eseguita dopo 5 anni nel caso di adenomi a basso rischio e di polipi iperplastici; dopo un esame endoscopico risultato negativo si sospende il follow-up
- b) Controllo a 3 anni per adenomi ad alto rischio o advanced; Il controllo a 5 anni se il 1° negativo
- c) Numerosi adenomi o adenoma > 2 cm rimosso in maniera frammentaria: intervalli più brevi (se la resezione completa del polipo non è possibile dopo 2-3 tentativi, il paziente solitamente dovrebbe essere inviato al chirurgo)

Esiste un margine di discrezionalità del medico endoscopista, a seconda delle particolari situazioni in cui si viene a trovare (pulizia del colon non ottimale, stato generale del paziente, l'età e le malattie associate), che permette in casi selezionati una deroga dal protocollo.

#### Cancro

Nei pazienti operati per neoplasia del colon o del retto il follow-up è previsto per i primi 5 anni dopo l'intervento chirurgico, secondo il protocollo concordato dal GIC colon, al quale si rimanda.

#### **OBIETTIVI SPECIFICI**

### Promozione dello screening

Oltre alla formazione verso i soggetti attivi nello screening, di cui si è detto sopra e che avrà naturalmente anche valenze di promozione, ci sarà una serie di incontri con la popolazione di volta in volta interessata, tenuti dal Responsabile di progetto assieme al Responsabile percorso diagnosi di primo e secondo livello.

A differenza di quanto avviene per i tumori femminili, le conoscenze rispetto al problema del cancro del colon-retto sono da costruire ex-novo nella popolazione, superando alcune evidenti barriere psicologiche legate al tipo di esame da eseguire, che rendono difficile il compito di stima dell'adesione. Nel caso dei due screening in atto in Valle d'Aosta dal 1998 (cervice e mammella) si può contare su una sensibilizzazione esistente, sia perché legata all'anzianità di attivazione che per la forte attenzione dedicata dai mass media che ampiamente incidono sull'opinione pubblica femminile; nel caso del CCR invece ci troviamo di fronte ad una situazione nuova, sia per tipologia di screening che, in parte, per tipologia di popolazione, quella maschile, storicamente poco adusa a politiche di prevenzione. Pertanto, l'avvio concreto dello screening, dovrà essere preceduto da un periodo di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, coinvolgendo non solo i Medici di medicina generale ma utilizzando tutti i mezzi possibili (giornali, manifesti, radio, TV, consultori ecc. ).

Inoltre, i punti di distribuzione, gli studi medici, le Farmacie ed i consultori saranno dotati di adeguato materiale esplicativo iconografico, allo scopo di facilitare l'adesione da un lato e ridurre la percentuale di test inadeguati dall'altro. Verranno fornite alla popolazione istruzioni per l'uso relative all'esecuzione materiale del prelievo con provetta, utilizzando un linguaggio chiaro e di immediata comprensione.

#### **MESSA A REGIME DELLO SCREENING.**

Come detto la messa a regime prevede l'estensione dell'invito allo screening al 100% della popolazione bersaglio nel territorio della Valle d'Aosta nell'arco di due anni. Per ottenere i risultati auspicati vanno preventivate almeno 5 tornate biennali (10 anni).

#### **INDICATORI DEL PROGRAMMA DI SCREENING**

Data la fase preliminare dell'esperienza nella nostra Regione, non si ritiene opportuno per il momento definire degli standard vincolanti per i suddetti indicatori. Essi verranno definiti successivamente sulla base dei risultati che emergeranno dall'attivazione dei diversi

programmi e dalle esperienze in atto delle altre regioni. Quelli indicati nella tabella seguente devono considerarsi puramente indicativi ed estrapolati dallo screening pilota:

- Adesione della popolazione. Si possono prevedere i seguenti obiettivi, che andranno peraltro ritirati in corso d'opera:
  1. un'adesione del 45 % degli eleggibili nella prima tornata di screening (2.006-2.007);
  2. un'adesione del 50% nella II tornata (2.008-2.009);
  3. un'adesione del 55% nella III tornata (2.009-2.010);
- Positività al SOF ( test immunologico): 4-5%
- Compliance dei soggetti positivi al SOF ed avviati a colonscopia: 80%
- Percentuale raggiungimento ceco in colonscopia: >90%
- Potere predittivo positivo per polipi adenomatosi: >30%
- Potere predittivo positivo per carcinomi > 5%

#### **CONTROLLO DI QUALITÀ**

Una volta avviato il programma di screening per CCR risulta importante fissare degli standard di controllo della qualità per ottimizzarne i benefici. Tali controlli saranno a carico del Responsabile organizzativo e del Comitato tecnico-scientifico.

Sono previsti controlli a vari livelli:

- Organizzativo: verifica costante della disponibilità e dell'accuratezza delle liste anagrafiche, dei metodi di invito, di rinnovo dell'invito ecc.
- Tecnico-strumentale: verifica preparazione del materiale, controllo delle apparecchiature, omogeneità delle procedure
- Professionale: preparazione degli operatori, omogeneità dei comportamenti
- Valutativo: della raccolta ed elaborazione dei dati.

#### **SISTEMA INFORMATIVO E VALUTAZIONE DI PROGRAMMA**

Il sistema informativo si basa sull'elenco di tutti i potenziali utenti del programma con una identificazione univoca (dati anagrafici completi): tale elenco può essere derivato dall'anagrafe assistiti che in Valle d'Aosta risulta essere abbastanza corretta. Essa è



aggiornata periodicamente con informazioni relative ai nuovi utenti ed ad eventuali cambiamenti di stato (emigrazione, decessi, cambio di indirizzo ecc.) e contiene anche dati indispensabili per il contatto immediato del cittadino (numero di telefono).

L'accesso alle informazioni che consentono di individuare i cittadini deve essere riservato ad operatori autorizzati e vincolato al segreto professionale.

Le funzioni fondamentali sono:

- gestire gli inviti agli utenti
- classificare e gestire le non-risposte, rifiuti, cambiamenti di stato
- raccogliere i risultati del test di screening di primo e secondo livello

#### **MODALITÀ DI COORDINAMENTO DELLO SCREENING**

Il *Direttore del programma* ha il compito, in collaborazione con il Supervisore, di:

- creare e sviluppare il progetto globale dello screening con le sue varie articolazioni ;
- gestire il budget assegnato e decidere sull'utilizzo delle risorse;
- sovrintendere l'assetto organizzativo generale ed un corretto sviluppo del programma
- coordinare il Comitato Tecnico Scientifico;
- mantenere i contatti con la Regione, la Direzione Generale e con tutti i Servizi/UU.OO. e strutture aziendali, per riferire sull'andamento del programma.

Il *Responsabile organizzazione* ha il compito di:

- presiedere all'organizzazione generale, esclusa quella interna alle singole Unità Operative;
- dirigere l'UVOS per la parte riguardanti i tumori colo-rettali
- provvedere a stendere le procedure organizzative, ove necessarie;
- effettuare l'interfaccia con l'area territoriale, sia sotto il profilo sanitario (Distretti, MMG ecc) sia su quello dei rapporti con le istituzioni locali (Comuni, Sindaci ecc)

Il *Responsabile del percorso diagnostico di primo livello* ha il compito di:

- organizzare la fase di distribuzione e raccolta del primo test diagnostico (SOF)

- curare che le risposte negative giungano all'UVOS entro 7 giorni e che risposte positive siano comunicate dall'UVOS, entro due giorni lavorativi, al Responsabile diagnostico di secondo livello (Sig.ra Dagnes) e al MMG;
- rispondere della omogeneizzazione delle procedure operative e di eventuali problemi di disuniformità professionale;
- controllare la qualità operativa dell'esecuzione dei test in sinergia con il Direttore del Laboratorio Analisi.

*Il Responsabile del percorso diagnostico di secondo livello ha il compito di:*

- garantire la presa in carico del paziente con risposta positiva al SOF mediante contatto diretto, da parte dello staff medico, e invito al test di secondo livello (pancolonscopia e/o esami radiologici previsti dal protocollo diagnostico predisposto dal responsabile stesso);
- proporre i protocolli diagnostico/organizzativi valutati dal Comitato Tecnico Scientifico;
- rispondere della omogeneizzazione delle procedure operative e di eventuali problemi di disuniformità professionale;
- controllare la qualità operativa dell'iter diagnostico;
- consegnare il paziente, con risposta positiva all'esame di secondo livello, al terapeuta quando non è sufficiente l'attività di endoscopia interventistica;
- fornire i dati di ritorno all'UVOS entro 30 gg. dalla conclusione dell'iter diagnostico.

*Il Responsabile del percorso terapeutico ha il compito di:*

- garantire la presa in carico totale del paziente dalla sua consegna da parte del Responsabile del percorso diagnostico di secondo livello all'inizio della terapia e al follow up, così come previsto dai protocolli approvati dal Comitato tecnico scientifico;
- seguire e consegnare, ove necessario, il paziente allo specialista del percorso post-chirurgico (Radioterapista, Oncologo Medico);
- proporre i protocolli diagnostico/organizzativi valutati dal Comitato Tecnico Scientifico;
- rispondere della omogeneizzazione delle procedure operative e di eventuali problemi di eterogeneità di atteggiamenti professionali;
- controllare l'efficienza operativa dell'approccio terapeutico coerente ai protocolli stabiliti;
- fornire i dati di ritorno all'UVOS dalla conclusione dell'iter diagnostico (escluso il follow-up).

Il *Responsabile valutazione* ha il compito di:

- controllare la qualità dei dati;
- controllare gli indicatori di qualità e confrontarli con quelli di altre ULSS;
- predisporre, con il Responsabile del Progetto, i report per la Regione, la Direzione Generale, l'UVOS e il GIC Colon
- curare tutta l'attività di rilievo statistico ed epidemiologico e valutare gli scostamenti e le motivazioni degli stessi, mettendo in atto tutte le iniziative e provvedimenti idonei a correggerli.

COMITATO TECNICO- SCIENTIFICO (CTS) PER LO SCREENING

Direttore Sanitario Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta o suo delegato

Direttore Area Territoriale Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta o suo delegato

Direttore U.B. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Direttore Dipartimento di Prevenzione Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta o suo delegato

Direttore U.B. Anatomia Patologica Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta o suo delegato

Direttore Oncologia Medica Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta o suo delegato

Direttore Radiologia Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta o suo delegato

Direttore Chirurgia Generale Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta o suo delegato

Rappresentante delle Infermiere Professionali dell' U.B. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Responsabile Controllo Gestione Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta o suo delegato

Direttore dell'U.B. di Radioterapia Azienda n. 9 Ivrea o suo delegato

Rappresentante dell'Unità di Epidemiologia, CPO Piemonte

Rappresentante Registro Tumori Piemonte

Rappresentante dei Medici di Medicina generale

Rappresentante dell'Ordine dei Farmacisti della Valle d'Aosta

Rappresentante del Centro Servizi Volontariato Valle d'Aosta

Rappresentante della Lega Tumori Valle d'Aosta

Un funzionario dell'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali

## **CRONOPROGRAMMA**

Nel dicembre 2005 e gennaio 2006 si svolgeranno i corsi di formazione del personale coinvolto, secondo quanto sopra specificato.

La centrale operativa UVOS ed i centri laboratoristici e gastroenterologici di riferimento verranno organizzati entro il mese di febbraio 2006.

Nello stesso mese il Comitato Tecnico Scientifico svolgerà un audit di campo per verificare l'adeguatezza del lavoro svolto. Se l'audit avrà esito favorevole a far corso dal mese di marzo 2006 inizierà l'arruolamento dei soggetti eleggibili.

Un "rodaggio" su circa 300-400 soggetti (ad esempio tutti i soggetti eleggibili assistiti da un unico Medico di medicina generale) consentirà di valutare complessivamente la "macchina" organizzativa. L'area pilota è individuata nel distretto 3, già coinvolto negli studi di fattibilità del 2001 e 2003.

Conclusi gli arruolamenti per l'area pilota, le convocazioni saranno estese a tutta la popolazione eleggibile residente nel territorio della Valle d'Aosta, secondo il calendario che prevede una estensione biennale del programma ( arruolamento di circa metà popolazione regionale nel 2006 e l'altra metà nel 2007). Nel 2008 inizierà la II tornata di screening.

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

**DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA**

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

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

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

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

**INTRODUZIONE**

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

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

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

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

– Periodicità:

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

#### **FINALITÀ E OBIETTIVI GENERALI**

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

#### **AMBITO TERRITORIALE**

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

#### Screening Citologico:

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

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

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

UP 04 Cogne.

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

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

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

UP 09 Châtillon, Pontey.

UP 10 Charvensod, Gressan, Jovençon, Pollein.

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

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

UP 14 Emarèse, Saint-Vincent.)

#### Screening Mammografico:

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

#### **PIANO OPERATIVO**

Gli attori coinvolti nel progetto sono i seguenti:

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

#### **MONITORAGGIO DEL PROGETTO**

– Indicatori Per Il Monitoraggio, di Processo e di Esito

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

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

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

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

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

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

#### **COORDINAMENTO DEL PROGETTO**

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

Nello specifico l'attività si articola in questo modo:

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

#### **TEMPI DI REALIZZAZIONE (CRONOPROGRAMMA)**

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

Dagli ultimi dati analizzati è emerso quanto segue:

#### **SCREENING MAMMOGRAFICO**

##### **Inviti**

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

##### **Adesione**

L'adesione permane molto elevata intorno al 70%.

#### **AOSTA E COMUNI LIMITROFI**



Popolazione bersaglio: 9.163 donne

Conclusione IV round: aprile 2006

Inizio V round: aprile 2006

#### **RESTANTE TERRITORIO**

##### **Sede di Châtillon**

Inizio I round settembre 2000

Conclusione III round: giugno 2005

Inizio IV round novembre/dicembre 2006

Conclusione IV round: previsto giugno 2007

##### **Sede di Donnas**

Inizio II round febbraio 2002

Conclusione II round: novembre 2004

Inizio III round: fine febbraio 2006

Conclusione : termine previsto novembre 2006

##### **Sede di Morgex**

Inizio I round: maggio 2001

Inizio III round maggio/giugno 2005

Conclusione III round: 15/11/2005

##### **Adesione per medico**

L'adesione media si aggira intorno al 65%.

##### **Reinviti alle non aderenti**

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

#### **SCREENING CITOLOGICO**

##### **Inviti**

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

### **Adesione**

L'adesione permane molto elevata intorno al 61%

### **Aosta – UP 06**

Inizio I° round: aprile 1998

Inizio III° round: aprile 2004

Conclusione III° round: aprile 2007

### **Restante Territorio**

Inizio I° round: aprile 1999

Conclusione II° round: aprile 2005

Inizio III round: aprile 2005

Proseguimento III° round: anno 2006

**DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA**

Nome e Cognome Giulio DOVERI  
 Qualifica Responsabile U.B. Diabetologia ed Endocrinologia  
 Sede Ospedale regionale dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta  
 V.le Ginevra, 3 11100 AOSTA  
 tel. 0165/543822 e-mail [doveri.giulio@uslaosta.com](mailto:doveri.giulio@uslaosta.com) fax: 0165/543626

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

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

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

**INTRODUZIONE**

**Dimensione del problema diabete livello regionale**

Il diabete mellito è una patologia cronica, invalidante, a larghissima diffusione in tutto il mondo. La prevalenza è destinata ad aumentare con il progressivo invecchiamento della popolazione e con abitudini e stili di vita sempre più caratterizzati da sedentarietà ed eccesso alimentare. In Italia si stima che la prevalenza del diabete nella popolazione sia del 3% di cui il 90% rappresentato dal tipo 2 ed il 10% dal tipo 1. Una quota considerevole della popolazione affetta da diabete mellito, stimata in un altro 3% di italiani, non è conteggiata nella prevalenza della malattia perché è costituita da persone asintomatiche che non sanno di esserne affette, perché non vogliono fare conoscere il proprio stato patologico per problemi sociali-lavorativi (v. patente di guida) oppure perché non richiedono l’esonazione ticket specifica in quanto già esenti per altre condizioni cliniche, sociali o anagrafiche.

In Valle d’Aosta gli esenti ticket per diabete sono 3500, quindi la prevalenza dei pazienti noti è del 3%, in linea con quella nazionale. Da quando è stata attivata la struttura di Diabetologia ed Endocrinologia (1998) con la seguente organizzazione specialistica dei servizi offerti alla popolazione affetta da diabete, il numero dei pazienti esenti ticket è passato da 2300 ai 3500 attuali, con un incremento della prevalenza del 51%. Questo incremento corrisponde ad un’incidenza per anno del 7% in riferimento alla popolazione diabetica e dello 0.14% della

popolazione valdostana. Il dato coincide con quanto rilevato nel Casale Monferrato Study dove si rilevava un incremento della popolazione con diabete tra il 1999 ed il 2003 del 33%, corrispondente a circa l'8% annuo. L'incidenza così rilevata è superiore a quella rilevata nella provincia di Torino dove risultano 51 casi di nuova diagnosi (di cui 7 di tipo1) su 100 mila abitanti. Per quanto riguarda la Valle d'Aosta la maggiore incidenza (0.14%) rispetto alla provincia di Torino (0.10%) è da attribuire al fatto che l'organizzazione dei servizi diabetologici attraverso specifica Struttura è più recente rispetto alla realtà torinese e che, probabilmente nella realtà montana, esiste un maggiore rapporto tra i cittadini ed i propri MMG con conseguente emersione di più casi tra la parte di pazienti con diabete asintomatico. Il problema del diabete non riguarda solo l'incremento della prevalenza nella popolazione, ma è determinato anche dalla presenza delle complicanze specifiche e dalla complessità della terapia che aumentano con la durata del diabete. Per quanto riguarda la complessità della terapia, a titolo esemplificativo, si può rilevare che al 31/12/1999 i pazienti in trattamento con insulina erano 379 mentre attualmente sono quasi mille. Per quanto riguarda la presenza di complicanze anche i dati regionali rilevati con lo studio QUADRI ne evidenziano l'incremento in base all'età dei soggetti affetti ed in base alla durata del diabete. I dati valdostani dimostrano nei soggetti di età compresa tra 55 e 64 anni affetti da diabete da più di 15 anni, che la prevalenza delle complicanze raggiunge il 47 %.

Lo studio QUADRI ha rilevato che l'assistenza diabetologica in Valle d'Aosta si colloca complessivamente nella media nazionale ed in qualche specifica attività anche ad un livello superiore. Tuttavia ha evidenziato l'assenza dell'applicazione delle linee guida per tutti i pazienti, come sarebbe auspicabile. In particolare sono riportati alcuni indicatori che forniscono spunti per una riflessione ed una linea di azione (i dati si riferiscono al 2004):

- Visite mediche: i soggetti visitati almeno una volta in maniera approfondita negli ultimi sei mesi dal MMG o dalla Struttura sono il 48% (dati nazionali 49%), tra sei ed undici mesi il 21% e oltre dodici mesi il 31% ; dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi sei mesi
- Pazienti sottoposti ad un accurato controllo dei piedi negli ultimi 12 mesi dal MMG o dalla Struttura: 52 % % (dati nazionali 37%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi dodici mesi
- Pazienti sottoposti a visita diabetologica specialistica negli ultimi 12 mesi: 76% % (dati nazionali 72%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi dodici mesi (almeno una visita o più secondo il tipo di diabete)

- Pazienti sottoposti ad un controllo del fondo oculare: negli ultimi dodici mesi 66% % (dati nazionali 59%), oltre dodici mesi 22% % (dati nazionali 29%) e mai eseguito 12% (dati nazionali 12%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi dodici mesi
- Pazienti che hanno effettuato una determinazione urinaria della microalbumina: negli ultimi dodici mesi 73% % (dati nazionali 68%), oltre dodici mesi 13% % (dati nazionali 11%) e mai eseguito 14% (dati nazionali 21%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi dodici mesi
- Pazienti che hanno effettuato una determinazione della colesterolemia: negli ultimi dodici mesi 87% % (dati nazionali 83%), oltre dodici mesi 10% % (dati nazionali 11%) e mai eseguito 3% (dati nazionali 6%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi dodici mesi
- Pazienti che hanno avuto un controllo della PA: negli ultimi quattro mesi 63% (dati nazionali 75%), tra quattro e dodici mesi 27 % % (dati nazionali 16%), oltre dodici mesi 10% % (dati nazionali 9%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi quattro mesi
- Pazienti che hanno avuto un controllo della emoglobina glicata: negli ultimi quattro mesi 47% (dati nazionali 66%), tra quattro e dodici mesi 42 % , oltre dodici mesi 11%; dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi quattro mesi
- Pazienti che hanno avuto un controllo della glicemia a digiuno: negli ultimi quattro mesi 39% (dati nazionali 54%), tra quattro e dodici mesi 36 % , oltre dodici mesi 25%
- Pazienti in trattamento con insulina che controllano la glicemia almeno una volta al giorno: 64% (dati nazionali 62%)
- Pazienti che hanno effettuato la vaccinazione antiinfluenzale negli ultimi dodici mesi: 38% (dati nazionali 42%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi dodici mesi
- Pazienti che assumono l'ASA in prevenzione primaria: 6% (dati nazionali 23%).

La A.U.S.L. della Valle d'Aosta per migliorare l'organizzazione dell'assistenza diabetologica e per ottimizzare l'uso delle risorse ha elaborato un profilo di cura: "l'assistenza al paziente con diabete mellito: gestione integrata tra struttura specialistica e MMG" approvato con delibera n° 1567 del 15/06/2005, in cui si è determinata l'organizzazione dei servizi offerti in base al principio, che ogni paziente deve essere seguito contemporaneamente dal proprio MMG e dalla Struttura dosando le prestazioni in base ai bisogni differenziati per ogni caso che possono variare per ogni situazione particolare. Il documento è stato prodotto, seguendo le linee guida delle società scientifiche AMD SID SIMG, con la collaborazione tra il Direttore

della Struttura Diabetologia Endocrinologia e MMG del 4° distretto ed approvato in seduta plenaria con la maggioranza dei MMG della Valle d'Aosta. Nell'elaborato sono state determinate le linee organizzative di integrazione e le linee guida clinico – scientifiche, tenendo conto anche dei parametri individuati dallo studio QUADRI.

### **Finalità generali ed obiettivi specifici**

Il progetto ha come obiettivo l'implementazione e l'aggiornamento della parte scientifica del profilo di cura: "l'assistenza al paziente con diabete mellito: gestione integrata tra struttura specialistica e MMG". Il profilo di gestione integrata necessita di un aggiornamento costante della parte scientifica e di una spinta continua alla sua applicazione sul territorio. Mantenendo lo stesso impianto organizzativo di responsabilità ed integrazione dei sanitari coinvolti nel progetto, ci si pone l'obiettivo di aggiornare il profilo di cura nei suoi aspetti clinici, di diffonderlo sempre più capillarmente, con il coinvolgimento di tutti i MMG valdostani.

### **PIANO OPERATIVO**

#### Destinatari dell'intervento

Dirigenti Medici della Struttura Diabetologia Endocrinologia, Medici di medicina generale della Valle d'Aosta

#### Ambito territoriale di effettuazione del progetto

Regionale: il progetto è svolto ogni nove mesi in un singolo distretto sino alla copertura dei quattro distretti in cui è suddiviso l'ambito territoriale.

#### Metodologia di intervento

Il progetto si articola in tre incontri teorico pratici con i medici dei relativi 4 distretti al termine dei quali è riaggiornato il profilo di cura per la gestione integrata del diabete . Ogni nove mesi si il progetto sarà svolto con i medici afferenti ad un singolo distretto. Gli incontri saranno costituito da una parte pratica e da una parte teorica interattiva. Il progetto formativo

farà parte del programma di aggiornamento dei MMG. Sarà richiesto l'accreditamento sia per la parte teorica che per la parte pratica. Sarà possibile partecipare solo a quella teorica, con crediti ridotti, in modo da permettere la partecipazione alla discussione dei profili anche ai MMG che per motivi logistici organizzativi non possono lasciare la sede in due mattine feriali.

La parte pratica si svolgerà nei nove mesi precedenti l'incontro teorico. I MMG, a gruppi di 4 divisi in 2 sottogruppi di 2 che si alterneranno nelle varie sedi della UO, svolgeranno attività clinica presso la struttura specialistica di Diabetologia Endocrinologia in due mattine, nelle quali parteciperanno al giro visita dei degenti con discussione dei casi clinici, alla esecuzione dei test endocrini ed alla agoaspirazione di un nodulo tiroideo, alla esecuzione dei test cardiovascolari per la diagnosi della neuropatia autonoma, all'interpretazione dei dati del monitoraggio continuo della glicemia, alla variazione della terapia in un paziente con microinfusore ed alla valutazione di piedi diabetici. La parte pratica avrà durata complessiva di dieci ore. Per quanto riguarda la parte teorica dovrà durare almeno sei ore di cui quattro di aggiornamento e due di discussione interattiva con approvazione finale del protocollo da parte dei partecipanti (specialisti e MMG). I Dirigenti medici della Struttura Diabetologia Endocrinologia prepareranno un corso di aggiornamento con novità in ambito diabetologico metabolico proponendo eventuali modifiche al profilo di cura. La discussione e la relativa approvazione finale riguarderà gli argomenti trattati nel singolo incontro

La parte teorica dovrà contenere alcuni dei seguenti argomenti: nuovi orientamenti nella diagnosi del diabete e nella terapia ipoglicemizzante, le alterazioni del metabolismo lipidico primarie e secondarie al diabete, diagnosi e monitoraggio delle complicazioni del diabete, malattie endocrine associate al diabete, diagnosi e trattamento del diabete in particolari fasi della vita, quindi in corso di gravidanza, adolescenza, malattie infiammatorie acute, farmaci diabetogeni ed altre malattie endocrine, analisi dello studio QUADRI con particolare riferimento agli argomenti citati nell'introduzione. Nel corso dei quattro incontri dovranno comunque essere trattati tutti gli argomenti citati, almeno una volta.

Dopo le relazioni i MMG saranno coinvolti attivamente nella valutazione del profilo di cura, che al termine della riunione, se sarà necessario, sarà aggiornato nei suoi aspetti scientifici. In caso di pareri avversi tra i partecipanti sarà compito del Direttore scientifico del progetto cercare una mediazione che, nel caso non sia possibile, sarà il Direttore stesso a stabilire l'eventuale modifica finale al profilo di cura

Il profilo elaborato sarà consegnato alla Direzione della USL che dopo approvazione lo trasmetterà a tutti i MMG della Valle d'Aosta. In tale modo il profilo di cura sarà aggiornato

ogni nove mesi con il contributo dei MMG di uno dei quattro distretti, e disponibile per tutti i medici della regione. In caso di mancata approvazione da parte della Direzione USL rimarrà valida la revisione del profilo di cura in atto al momento della valutazione (a partire da quello in uso attualmente, approvato con delibera n° 1567 del 15/06/2005).

## **MONITORAGGIO DEL PROGETTO**

### Indicatori di processo e responsabilità del rilievo dei dati

- Percentuale di MMG partecipanti agli incontri formativi per ogni distretto (dato a cura della UB formazione)
- Numero di incontri formativi effettivamente realizzati nel triennio (dato a cura della UB Formazione)
- Numero di accertamenti diagnostici per diabete gestazionale (dato a cura del Sistema Informatico, rilevabile su Med Trak, come numero di OGCT richiesti)
- Il numero e la tipologia di argomenti trattati nel corso di aggiornamento, valutabile con i programmi (dato a cura della UB Formazione)

### Indicatori di esito e responsabilità del rilievo dei dati

- Numero di profili di cura aggiornati alla fine del triennio (dato a cura della Direzione Generale USL e del Direttore scientifico del progetto)
- Numero di pazienti diabetici che si sono sottoposti a vaccinazione anti influenzale ogni anno (dato a cura della struttura Attività Vaccinali)
- Numero di pazienti inviati all'ambulatorio del piede diabetico da parte dei MMG (dato a cura della Struttura Diabetologia Endocrinologia)
- Emoglobina Glicata: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)
- Colesterolemia totale: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)



- Colesterolemia HDL: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)
- Colestolemia LDL: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)
- Trigliceridi: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)
- Microalbuminuria: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)
- esame urine completo: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)
- Creatinina: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)

#### **MODALITÀ DI COORDINAMENTO DEL PROGETTO**

- Contenuto scientifico e clinico organizzativo dei progetti di aggiornamento, dei profili di cura e relativo inoltro alla Direzione Generale: Direttore scientifico del progetto
- Approvazione di ogni singolo progetto con relativa diffusione a tutti i medici: Direttore Sanitario A.U.S.L. Valle d'Aosta, Direzione Generale A.U.S.L. Valle d'Aosta e Direzione Area Territoriale A.U.S.L. Valle d'Aosta, Direttore scientifico del progetto
- Coordinamento della raccolta dati dei vari indicatori e comunicazione istituzionale: Referente Istituzionale Regione Autonoma Valle d'Aosta

#### **TEMPI DI REALIZZAZIONE**

- Attivazione e conclusione 1° corso e revisione profilo di cura entro ottobre 2006 (i successivi tre ogni 9 mesi, giugno 2007, marzo 2008, dicembre 2008)

- Consegna 1° revisione documento alla Direzione Generale USL entro novembre 2006 (le successive tre ogni 9 mesi, luglio 2007, aprile 2008, gennaio 2009)
- Delibera di approvazione 1° revisione entro dicembre 2006 (le successive tre ogni 9 mesi, agosto 2007, maggio 2008, febbraio 2009)
- Trasmissione 1° revisione ai MMG dei quattro distretti entro gennaio 2007 (le successive tre ogni 9 mesi, settembre 2007, giugno 2008, marzo 2009)
- Acquisizione degli indicatori di esito entro marzo 2006, 2007, 2008, 2009. Sarà preso come periodo di riferimento comprendente i 12 mesi precedenti al riscontro. Alcuni dati è possibile che al primo riscontro non siano rilevabili, perché non erano stati richiesti alle varie strutture interessate. Per questi dati, la possibilità del loro rilievo nei periodi successivi può diventare un indicatore di esito.

**PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO DEL PIANO REGIONALE VACCINI**

**DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA**

Nome e Cognome Carlo ORLANDI  
Qualifica Direttore Dipartimento di Prevenzione Azienda U.S.L. Valle d'Aosta  
Sede Via St. Martin de Corléans, 248 11100 AOSTA  
tel. 0165/215737 e-mail [orlandi.carlo@uslaosta.com](mailto:orlandi.carlo@uslaosta.com) fax: 0165/217070

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

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

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

Nome e Cognome Luigi SUDANO  
Qualifica Responsabile Struttura Semplice Attività Vaccinali  
Ufficio Igiene Pubblica Dipartimento di Prevenzione Azienda U.S.L. Valle d'Aosta  
Sede Via Guido Rey, 3 11100 AOSTA  
tel. 0165/544620 e-mail [vaccinazioni@uslaosta.com](mailto:vaccinazioni@uslaosta.com) fax: 0165/544623

**IL CONTESTO REGIONALE**

I livelli di copertura vaccinale medi delle vaccinazioni obbligatorie raggiunti nella regione Valle d'Aosta sono molto elevati ed hanno superato negli ultimi due anni il valore medio del 98%. Anche per le vaccinazioni raccomandate i livelli di protezione raggiunti sono soddisfacenti, soprattutto per quanto riguarda la pertosse e per le malattie invasive da Hib (92,5%).

I risultati raggiunti nella effettuazione delle dosi di richiamo previsti dal calendario vigente (4<sup>a</sup> polio nel terzo anno e 4<sup>a</sup> DT nel sesto anno) sono adeguati ed evidenziano la capacità del sistema di garantire il completamento dell'attività di vaccinazione dell'infanzia. La stessa copertura per il Morbillo è in continua ascesa raggiungendo, nelle coorti dei nuovi nati, l'87%.

Nel conseguimento di tali risultati ha sicuramente influito l'ottima collaborazione tra i Medici di Sanità Pubblica, Pediatri e Assistenti Sanitari.

A fronte di questi risultati, la possibilità di estensione a nuovi vaccini, già disponibili e l'esigenza di mantenere adeguate coperture vaccinali per le vaccinazioni sinora praticate, impongono alla Regione Valle d'Aosta l'aggiornamento del Piano Regionale vaccini e l'adozione di linee di lavoro in sintonia con le indicazioni del Piano Nazionale Vaccini 2005.

### **Implementazione del Sistema Vaccinale e avvio del nuovo Calendario Regionale**

L'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, unitamente al Gruppo Regionale Vaccini, tavolo comune in cui sono rappresentate tutte le figure di responsabilità dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta relativamente alle attività vaccinali, predispose un nuovo Calendario Regionale che risponde a quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale 2005 – 2007 e dall'Accordo di Conferenza Stato Regioni sul Piano Nazionale Vaccini 2005 datato 3/3/05 pubblicato sulla G.U. n° 63 del 14/4/05.

### **Obiettivi generali del Sistema Vaccinale**

- mantenere elevate coperture vaccinali per le malattie per le quali sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dai Piani Sanitari Nazionali e regionali, nonché dall'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- promuovere appropriati interventi vaccinali di recupero per le malattie per le quali è già stata definita una strategia operativa di base, ma per le quali non sono ancora stati raggiunti livelli di copertura ottimali;
- fornire indicazioni sui nuovi obiettivi perseguibili e sull'avvio di iniziative mirate di prevenzione vaccinale in seguito alla disponibilità di nuovi vaccini;
- incrementare la sicurezza delle pratiche di immunizzazione e la conoscenza degli eventi avversi;
- incrementare gli interventi di ordine strutturale, organizzativo, formativo e comunicativo necessari per consentire l'evoluzione della politica vaccinale dall'ambito degli interventi impositivi a quello della partecipazione consapevole delle famiglie.

### **OBIETTIVI SPECIFICI E PUNTI QUALIFICANTI DEL PIANO REGIONALE VACCINI AGGIORNATO**

#### **a) Rispetto dei livelli essenziale di assistenza.**

Le vaccinazioni previste dal Piano Regionale devono essere garantite a tutti i cittadini con pari opportunità di ricevere adeguata protezione. Il processo decisionale, nel rispetto delle

linee indicate dal Piano Nazionale Vaccini, è supportato dai dati epidemiologici disponibili e dalle migliori prove di efficacia e di sicurezza.

b) Eliminazione delle differenze territoriali.

L'eliminazione delle differenze nella protezione verso malattie quali morbillo, parotite, rosolia costituisce una priorità per garantire gli obiettivi di salute individuati dai piani nazionali e regionali.

c) Qualità dei servizi vaccinali.

La capacità di ottenere una consapevole adesione alle vaccinazioni raccomandate deve costituire patrimonio professionale di tutti gli operatori dei servizi vaccinali; la professionalità degli operatori deve essere pertanto consolidata attraverso la formazione continua, mirata in particolare all'informazione e all'adesione consapevole.

d) Promozione delle vaccinazioni.

Le strategie di promozione devono far parte integrante di ogni programma di vaccinazione perché il successo di tutti i programmi rivolti alla comunità dipende dalla attenzione con cui ogni cittadino ne segue lo sviluppo. La diminuita percezione del rischio per le malattie evitabili con le vaccinazioni derivante dalle elevate coperture, rende necessario rinforzare la fiducia della popolazione nei confronti dei programmi di immunizzazione. Nello stesso tempo è necessario garantire una tempestiva ed efficace informazione scientifica anche in risposta a notizie non corrette che vengono talvolta diffuse attraverso i mass media per evitare ingiustificati allarmi.

e) Anagrafi vaccinali.

L'Anagrafe vaccinale deve essere lo strumento fondamentale per consentire la conoscenza dello stato vaccinale di ciascuno. Tale obiettivo, condiviso ad ogni livello, sarà ottenuto anche attraverso il completamento del collegamento in rete dei servizi distrettuali.

f) Sorveglianza e monitoraggio.

Potenziare il sistema di sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione facilitando il sistema di segnalazione e notifica delle malattie infettive.

Garantire il sistema di raccolta delle informazioni necessarie a monitorare e valutare i risultati dei programmi di vaccinazione ed il loro impatto sulla salute (coperture vaccinali, ricoveri, complicanze, decessi).

È previsto l'ampliamento di un sistema di sorveglianza su ogni possibile evento avverso temporalmente correlato alla vaccinazione prevedendone la segnalazione tempestiva e dettagliata e garantendone il follow up, secondo i canali già istituzionalizzati dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

#### **PIANO OPERATIVO SPECIFICO PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA VACCINALE**

La Regione Valle d'Aosta, considerati gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale 2005-2007 e le priorità indicate dal Centro di Controllo delle Malattie, presso il Ministero della Salute (CCM), partecipa al progetto "Vaccinazioni" del Piano per la Prevenzione Attiva. Gli obiettivi di tale progetto sono:

- *Piano di eliminazione del morbillo parotite e della rosolia congenita: verifica del raggiungimento degli obiettivi e delle attività previste dal Piano con aggiornamenti annuali.*
- *Promozione della ricerca attiva dei gruppi a rischio finalizzata all'offerta vaccinale*
- *Sorveglianza attiva correlata con particolare riguardo all'introduzione dei "nuovi vaccini" (segnalazione eventi avversi, sierotipizzazione, epidemiologia, ecc).*

#### **Modalità di coordinamento del programma**

Il coordinamento delle attività è assicurato dalla sinergia tra il Servizio di Sanità Pubblica dell'Assessorato Regionale alla Sanità e l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta .

L'indirizzo della politica vaccinale è proposto dal Gruppo Regionale Vaccini, costituito da esponenti della Sanità Pubblica, della Pediatria Territoriale, dell'Area Territoriale e dell'Assessorato Regionale alla Sanità.

#### **RAZIONALE**

Vista la possibilità di prevenire con nuovi vaccini malattie da Pneumococco, da Meningococco e da Virus Varicella Zoster, la Regione Valle d'Aosta intende adeguarsi allo sforzo che altre Regioni stanno ponendo in atto per dare seguito alle indicazioni del Piano Nazionale Vaccini 2005. l'epidemiologia locale per i patogeni sopra menzionati, pur

considerando le difficoltà di rilevamento e individuazione degli agenti causali, non si discosta dalle medie nazionali.

Nella nostra Regione i casi di Meningite da Meningococco segnalati e notificati sono addirittura inferiori alla media nazionale, mentre sono presenti casi di Polmoniti e altre patologie pneumococciche, ivi comprese un discreto numero di sepsi, in linea con i dati nazionali. Vi sono, inoltre, ricorrenti epidemie di Varicella. Lo sforzo che le altre Regioni stanno compiendo in ossequio al nuovo Piano Nazionale Vaccini, induce anche la nostra Regione ad allinearsi con le altre nell'offerta attiva di queste vaccinazioni.

I dati di letteratura, i suggerimenti nella scheda tecnica dei nuovi vaccini, il confronto con altre realtà regionali che, contemplando un numero maggiore di casi per la Meningite Meningococcica "C", adottano la schedula vaccinale qui proposta e non da ultimo, l'andamento epidemiologico nella nostra realtà, consentono l'utilizzo della schedula vaccinale ad una dose dopo il compimento dell'anno di età, in co-somministrazione della prima dose di MPR.

La vaccinazione Antipneumococcica sarà offerta a tutti i nuovi nati a partire dal compimento del secondo mese di vita con tre dosi in co-somministrazione con l'esavalente in uso, dalla sua commercializzazione, nella nostra Regione.

Le vaccinazioni Antimeningococcica C, Antipneumococcica saranno somministrate attivamente e gratuitamente anche a tutti i soggetti a rischio con calendari dedicati (vedi allegato) dedicando uno spazio al recupero dei soggetti a rischio per Meningococco C. La decisione di attuare un programma di vaccinazione con l'offerta attiva per la Varicella sarà valutata dopo l'introduzione del vaccino quadrivalente MPR-VZ.

È in previsione lo spostamento della 4<sup>a</sup> dose di IPV a 5/6 anni, secondo le più recenti acquisizioni normative del Ministero a partire dalle coorti di nascita del 2004; dunque, questa coorte sarà vaccinata a 5/6 anni con l'IPV nel 2009, per tutti i nati antecedenti all' 1/1/04 resterà immutata la IV<sup>a</sup> dose IPV prevista nel 3 anno di vita.

Ai soggetti ultra 65 anni sarà somministrata la vaccinazione Antinfluenzale ad ogni campagna annuale assicurando l'obiettivo del 74% previsto dalle Circolari ministeriali. Alle coorti dei 70enni e 75enni sarà somministrata, contestualmente all'antinfluenzale, la vaccinazione Antipneumococcica utilizzando l'adeguato vaccino che offre una protezione di circa 5 anni.

Il presente calendario potrà subire variazioni qualora i dati epidemiologici subiscano variazioni di rilievo o qualora i dati di sorveglianza e di letteratura suggeriscano variazioni di somministrazione nelle schedule vaccinali.

#### Calendario delle vaccinazioni per l'età evolutiva

vaccino	nascita	3° mese	5° mese	12° mese	13° mese	15° mese	3° anno	5° anno	6° anno	15/15° anno	70° anno
<b>DTP</b>		<i>DTaP</i>	<i>DTaP</i>	<i>DTaP</i>				<i>DtaP</i>		<i>dtaP</i>	
<b>IPV</b>		<i>IPV</i>	<i>IPV</i>	<i>IPV</i>			<i>IPV</i>	<i>IPV *</i>			
<b>Epatite B</b>	<i>HBV2</i>	<i>HBV</i>	<i>HBV</i>	<i>HBV</i>							
<b>HIB</b>		<i>HIB</i>	<i>HIB</i>	<i>HIB</i>							
<b>MPR</b>					<i>MPR</i>			<i>MPR 4</i>			
<b>PCV</b>		<i>PCV 3</i>	<i>PCV 3</i>	<i>PCV 3</i>							<i>Pn. 23</i>
<b>MEN. C</b>					<i>MENC. C5</i>						

**Legenda:** **DTPaP:** vaccino antidiftto-tetanico-per tossico acellulare; **IPV:** vaccino antipolio inattivato; **Hib:** vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae b; **PCV:** vaccino antipneumococcico coniugato eptavalente; **Men C:** vaccino antimeningococco C coniugato; **HBV** epatite B; **Tdap:** vaccino difterite-tetano-pertosse per adulti. **Pn. 23:** vaccino antipneumococcico 23 valente

#### Note al calendario

1. Per terzo mese di vita si intende il periodo che intercorre dal compimento del 61° giorno di vita fino al 90° giorno di vita, ovvero dal compimento della 8<sup>a</sup> settimana di vita fino alla 12° settimana di vita .
2. Nei nati da madre HbsAg positiva si somministrano contemporaneamente, entro 12-24 ore dalla nascita ed in siti separati, la prima dose di vaccino (HBV) e una dose di immunoglobuline specifiche anti-epatite B (HBIG). Il ciclo va completato da una seconda dose a 4 settimane dalla prima, da una terza dose dopo il compimento dell'ottava settimana (può coincidere con la prima somministrazione del ciclo normale) e da una quarta dose all'11 mese (può coincidere con la 3° dose del ciclo normale).
3. Vaccino Pneumococcico coniugato eptavalente: vaccinazione dei nuovi nati dal 3° mese di vita (popolazione non a rischio).



4. MPR2: seconda dose ovvero dose di recupero (Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita-G.U. s.g. n.297 – suppl. ord. N. 195 del 23/12/03)

5. Vaccino meningococcico C coniugato: vaccinazione dei nuovi nati dal 13° mese di vita (i soggetti non a rischio saranno vaccinati secondo l'allegato dedicato).

\* A iniziare dalle coorti di nascita del 2004, quindi dal 2009

## **ALLEGATO 1**

### **VACCINAZIONI DEI SOGGETTI APPARTENENTI A CATEGORIE A RISCHIO**

#### **VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA:**

Offerta attiva ai gruppi a rischio individuati nella Circolare del Ministero della Salute n°11 del 19/11/2001

a) bambini che presentano le seguenti condizioni:

- anemia falciforme e talassemia
- asplenia funzionale e anatomica
- broncopneumopatie croniche, esclusa l'asma
- condizioni associate a immunodepressione (come trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidica ad alte dosi), con esclusione della malattia granulomatosa cronica
- diabete mellito
- insufficienza renale e sindrome nefrosica
- infezione da HIV
- alcune immunodeficienze congenite
- malattie cardiovascolari croniche
- malattie epatiche croniche
- perdite di liquido cerebrospinale
- altre malattie che espongono ad elevato rischio di patologia invasiva da pneumococco

b) altri soggetti

- età > 65 anni

- persone con malattie a rischio (cardiopatie, broncopneumopatie ed epatopatie croniche, alcolismo cronico, asplenia anatomica o funzionale, fistole liquorali)

#### **VACCINAZIONE ANTIMENINGOCOCCICA**

Offerta attiva ai soggetti affetti dalle seguenti condizioni:

- deficit complemento, properidina, fattore D
- anemia falciforme, talassemia
- portatori impianto coclearie
- asplenia funzionale e anatomica

#### **VACCINAZIONE ANTI HIB**

Offerta attiva alle seguenti categorie:

- asplenia funzionale e anatomica
- emoglobinopatie (talassemia, drepanocitosi)
- trapianto di midollo osseo

#### **VACCINAZIONE ANTIVARICELLA**

Offerta attiva alle seguenti categorie

- contatti stretti di soggetti ad alto rischio di complicanze gravi quali: immunocompromessi per AIDS o per altre manifestazioni cliniche da HIV, neoplastici con alterazioni dei meccanismi immunitari (leucemia, linfomi, di interessamento del midollo osseo o del sistema linfatico), affetti da deficit dell'immunità cellulare, ipogammaglobulinemia, disgammaglobulinemia, soggetti in trattamento a lungo termine con farmaci immunosoppressori.
- Soggetti con le seguenti patologie ad alto rischio: Leucemia Linfatica Acuta in remissione, insufficienza renale cronica o trapianti renali, infezione da HIV senza segni di immunodeficienza e con una popolazione di CD4 > 25%.
- Donne in età fertile non gravide
- Persone che lavorano in ambiente sanitario, con priorità a chi lavora con bambini o immunocompromessi.

- Persone che vivono o lavorano in ambienti dove è probabile la trasmissione del virus (asilo nido, scuole materne e comunità della prima infanzia)

#### **VACCINAZIONE ANTITETANICA**

- Offerta attiva alle persone > 65 anni, mai vaccinati prima o con uno stato vaccinale sconosciuto
- Somministrazione del richiamo se sono passati almeno 10 anni dall'ultima dose
- Effettuazione delle dosi previste nella profilassi post esposizione

#### **VACCINAZIONE ANTIEPATITE B**

Offerta attiva alle categorie individuate nella legge 27/05/1991, n° 165 e D. M. 4/10/1991:

- Conviventi e contatti, in particolare bambini, di persone HbsAg positive
- Pazienti politrasfusi, emofilici, emodializzati
- Vittime di punture accidentali con aghi o altri strumenti potenzialmente infetti
- Soggetti affetti da lesioni croniche eczematose o psoriasiche delle mani
- Persone che si rechino per motivi di lavoro in aree geografiche ad alta endemia per HBV
- Tossicodipendenti, omosessuali.
- Soggetti che svolgono attività di lavoro, studio e volontariato nel settore sanitario, compreso il personale di assistenza delle case di riposo per anziani, delle strutture pubbliche o private
- Personale e ospiti di istituti per ritardati mentali
- Personale addetto alla lavorazione degli emoderivati
- Candidati a trapianto d'organo e di tessuto
- Addetti al servizio di raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti
- Detenuti negli istituti di pena e prevenzione
- Appartenenti alle Forze armate dello Stato, alle Forze di Polizia, alla Guardia di Finanza, alla Polizia carceraria, ai Vigili del Fuoco e ai Vigili Urbani

#### **VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE**

Offerta attiva ai soggetti a rischio individuati nella Circolare annualmente emanata dal Ministero della Salute

A) Soggetti di età pari o superiore a 65 anni

B) Soggetti in età infantile ed adulta affetti da:

- malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa la malattia asmatica),
- circolatorio, uropoietico ovvero altre severe condizioni patologiche che aumentino il rischio di complicanze
- b) malattie degli organi emopoietici
- c) diabete ed altre malattie dismetaboliche
- d) sindromi da malassorbimento intestinale
- e) fibrosi cistica
- f) malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, inclusa l'infezione da HIV
- g) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici

C) bambini reumatici soggetti a ripetuti episodi di patologia disreattiva che richiede prolungata somministrazione di acido acetilsalicilico e a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale

D) personale sanitario di assistenza

E) contatti familiari di soggetti ad alto rischio

F) soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo

G) personale che, per motivi occupazionali, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali; la protezione di tali categorie è finalizzata ad evitare fenomeni di riassortimento genetico tra virus influenzali umani ed animali (nel corso di co-infezioni), da cui potrebbero originare nuovi ceppi dotati di potenziale pandemico.

#### **VACCINAZIONE CONTRO LA POLMONITE DA PNEUMOCOCCO NELL'ANZIANO**

La polmonite pneumococcica nell'anziano è la principale complicazione batterica nell'anziano che, oltre ad esitare nella morte del paziente affetto, è una delle primarie cause di ospedalizzazione dei soggetti over70enni con costi molto elevati, sia per la degenza, che per le cure necessarie.

In un periodo compreso tra il mese di Novembre 2004 e Febbraio 2005, analizzando con i DRG le SDO e considerando i codici ICD9 più assimilabili alla patologia in questione, è risultato che vi sono stati 17 decessi correlati a Polmonite da Pneumococco (in soli tre mesi, su un totale di 102 decessi nello stesso periodo). Questo dimostra un elevato Tasso d'Attacco della malattia; malattia che può essere prevenuta con una sola somministrazione di vaccino, ripetuta con una dose booster dopo cinque anni.

La riduzione dei casi attraverso la vaccinazione durante la campagna di vaccinazione antinfluenzale porta ad un notevole risparmio economico agendo su una inferiore ospedalizzazione dei soggetti. Si consideri che, nella nostra Regione, si vaccina mediamente il 60% dei soggetti ultrasessantenni.

Il vaccino (Pneumo23®) è ben tollerato e quasi totalmente privo di effetti collaterali; è efficace al 93% ed offre una buona copertura verso i sierotipi responsabili della malattia.

**Schedula del vaccino AntiPnc 7 valente coniugato**

Età alla prima dose	Ciclo primario	Dose ulteriore
2-6 mesi	3 dosi a distanza di 2 mesi	1 dose a 12-15 mesi
7-11 mesi	2 dosi a distanza di 2 mesi	1 dose a 12-15 mesi
12-23 mesi	2 dosi a distanza di 2 mesi	-----
24-59 mesi	2 dosi a distanza di 2 mesi	-----

**Schedula del vaccino AntiPnc 23 valente**

Età superiore/uguale a 5 anni	1 dose	1 dose dopo 3/5 anni
-------------------------------	--------	----------------------

**Schedula vaccinale combinata (7/23 valente)**

Età	Precedenti dosi	Raccomandazioni
età inf/uguale a 23 mesi	nessuna dose	come tab 1 1 dose di 23 V 6/8, sett dalle precedenti*
24-59 mesi	se 3/4 dosi di 7 V	1 dose di 7 V. 1 dose di 23 V 6-8 sett dal 7 V *
24-59 mesi	se 1-3 dosi di 7 V	2 dosi di 7 V. 1 dose di 23 v 6-8 sett dal 7 V *
24-59 mesi	1 dose di 23 V	2 dosi di 7 V.** 1 dose di 23 V 6-8 sett dal 7V *
24-59 mesi	nessuna dose di 23 V o 7 V	2 dosi di 7 V.** 1 dose di 23 V 6-8 sett dal 7V *

\* più una dose di richiamo a 3-5 anni dall'ultima dose di 23 V.

\*\* Somministrare le dosi a distanza di 6-8 settimane

**DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO**

Nome e Cognome Luigi SUDANO  
Qualifica Responsabile Struttura Semplice Attività Vaccinali  
Ufficio Igiene Pubblica Dipartimento di Prevenzione Azienda U.S.L. Valle d'Aosta  
Sede Via Guido Rey, 3 11100 AOSTA  
tel. 0165/544620 e-mail [vaccinazioni@uslaosta.com](mailto:vaccinazioni@uslaosta.com) fax: 0165/544623

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

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

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

Nome e Cognome Carlo ORLANDI  
Qualifica Direttore Dipartimento di Prevenzione Azienda U.S.L. Valle d'Aosta  
Sede Via St. Martin de Corléans, 248 11100 AOSTA  
tel. 0165/215737 e-mail [orlandi.carlo@uslaosta.com](mailto:orlandi.carlo@uslaosta.com) fax: 0165/217070

**INTRODUZIONE**

Il sistema di notifica dati routinari per la sorveglianza delle malattie infettive e delle sorveglianze speciali è affidato alle singole regioni che devono far pervenire agli organi competenti (Ministero della Salute, ISTAT e Istituto Superiore di Sanità) le informazioni relative ai casi individuali o aggregati secondo le specifiche del D. M. del 15/12/1990 e successive modifiche.

Il sistema basato sulle notifiche cartacee, non permette di attuare una sorveglianza efficace: i medici non si sentono motivati e tendono a segnalare raramente i casi diagnosticati, le notifiche sono spesso incomplete di informazioni importanti e pervengono in ritardo, l'elaborazione dei dati raccolti è generalmente troppo lenta per permettere di prendere delle decisioni in tempi utili, soprattutto a livello locale.

Un sistema di sorveglianza ben organizzato permette di documentare accuratamente le caratteristiche epidemiologiche di una malattia infettiva e consente di valutare con precisione

le possibilità di successo di varie strategie d'intervento. Infatti, ai fini del controllo e della prevenzione, è importante che i dati siano di buona qualità, possano essere analizzati in tempo reale (così da permettere la pianificazione di programmi di intervento sia a livello locale che centrale) e forniscano informazioni epidemiologiche utili a comprendere le modalità di trasmissione. L'esperienza del tempo trascorso ha dimostrato come siano importanti per migliorare l'intero sistema il facilitare il compito del segnalatore e la conoscenza in tempo reale della frequenza delle malattie infettive sia a livello di ASL, che Regionale e/o Nazionale.

L'informatizzazione di questo settore ha, tra i suoi fini anche il miglioramento del rapporto tra il medico di base e le strutture centrali, incentivando i singoli operatori a segnalare i casi più rapidamente ed accuratamente, essendo partecipi di un sistema comune più trasparente. Ogni regione ha provveduto a organizzarsi con sistemi informatici propri o utilizzando il SIMI2, un software sviluppato dall'ISS come sperimentazione a partire dal 1994 e poi entrato nell'uso comune in diverse regioni italiane.

Il software SIMI-2 , sviluppato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con Ministero della Sanità, ha rappresentato per anni il sistema con cui gestire le segnalazioni di malattie infettive in 15 regioni, ha permesso di completare il processo di informatizzazione delle notifiche necessario per una aumentare la tempestività, l'accettabilità, la semplicità del sistema di sorveglianza routinario.

Dopo 10 anni di attività è necessario considerare le nuove esigenze dei sistemi di sorveglianza e i nuovi strumenti informatici: la tempestività del sistema deve essere ulteriormente migliorata e il sistema di raccolta informazioni deve potere essere modificabile in breve tempo in caso sia necessario raccogliere nuove informazioni. Inoltre è previsto in tempi brevi anche una revisione del flusso informativo da parte del Ministero della Salute.

Lo sviluppo di internet ha permesso di implementare una nuova generazione di applicativi basati sul WEB che sono in grado di raccogliere informazioni senza la necessità di distribuire un software specifico e isolato a coloro che devono inserire i dati. In questo modo la disponibilità dei dati è immediata a tutti i livelli nel momento dell'inserimento e le modifiche apportate centralmente al software sono disponibili in tempo reale a livello periferico. Questo concetto, ormai universalmente sperimentato e diffuso, ha incoraggiato la Regione Valle d'Aosta, in collaborazione con il reparto Malattie infettive del CNESPS – ISS , a sviluppare un prototipo di applicazione Web, denominato "SIMIWEB". Sebbene esso ricalchi solo le funzioni minime del SIMI, esso ha caratteristiche e specifiche che ne fanno uno strumento più flessibile e adeguato ai tempi.

Esso dispone di nuove funzionalità per superare alcuni limiti ormai ben conosciuti e documentati del SIMI

- informatizzazione di tutte le classi
- la disponibilità dei dati a tutti i livelli immediata dopo l'inserimento delle segnalazioni/notifiche
- inserimento a tutti i livelli incluso il medico che ha effettuato la diagnosi
- trasmissione sicura dei dati
- immediata aggiornabilità dell'applicativo sul "web server"

La sperimentazione SIMIWEB si trova in fase avanzata, avendone verificato la fattibilità e la qualità. La sperimentazione coinvolge in maniera attiva 4 Regioni (Friuli Venezia Giulia, Veneto, Abruzzo, Valle d'Aosta) che inseriscono i dati in parallelo al flusso routinario. In allegato 1 viene presentato un documento sullo stato del progetto al 21/10/2005. Obiettivo della prima fase della sperimentazione è stato di dimostrare la fattibilità di un flusso informativo basato sulla trasmissione via web e sull'inserimento delle segnalazioni da parte dei medici che hanno effettuato la diagnosi.

#### **ARTICOLAZIONE OPERATIVA**

La proposta attuale mira a finalizzare il prototipo SIMIWEB per creare una procedura software stabile che è usata nella pratica quotidiana per la gestione del flusso informativo delle malattie infettive nella Regione Valle d'Aosta e in alcune ASL di alcune regioni italiane pilota. Essa vuole rappresentare lo sviluppo del prototipo SIMIWEB realizzando le osservazioni e i suggerimenti raccolti durante la precedente fase per un'efficace gestione delle segnalazioni di malattie infettive. L'allargamento dell'esperienza al di fuori della Regione Valle d'Aosta permette di avere una visione del problema più ampia, raccogliendo esperienze e suggerimenti per un sistema flessibile ed efficiente.

La procedura realizzata dalla Regione Valle d'Aosta sarà resa disponibile alle altre Regioni che ne faranno richiesta usufruendo dello stesso server della regione Valle d'Aosta (non sono previsti costi aggiuntivi per un maggiore numero di utenti) o per l'installazione su un proprio server regionale (le cui spese saranno però a carico della regione ospitante). Lo sviluppo nelle varie regioni sarà parallelo e ogni prodotto reso disponibile per la Valle d'Aosta sarà immediatamente reso disponibile per le altre regioni.



Inoltre si vuole sottolineare l'importanza del nuovo flusso informativo informatizzato a partire dal medico segnalatore. Il progetto vuole compiere una azione di promozione per un flusso così distribuito e consapevole.

#### **OBIETTIVI**

1) Realizzare un software per la gestione delle segnalazioni/notifiche delle malattie infettive nella Regione Valle d'Aosta. Esso verrà sviluppato sul prototipo già esistente e funzionante del SIMIWEB.

2) Promuovere la segnalazione di casi di malattia infettive da parte dei medici (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta) che hanno diagnosticato la malattia o da parte della struttura ospedaliera nella Regione Valle d'Aosta.

Il sistema finale dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

- interfaccia grafica intuitiva, utilizzabile senza necessità di addestramento degli operatori
- piattaforma SQL / .NET
- flessibilità per le differenti organizzazioni del flusso a livello locale e regionale e per il tipo di informazioni raccolte
- integrazione con altri flussi connessi alle malattie infettive a livello regionali
- adattabilità a future specifiche fornite dagli organi nazionali competenti
- sicurezza e certificazione nella trasmissione dei dati
- disponibilità dei dati raccolti per tutti i livelli in tempo reale secondo livelli gerarchici prestabiliti
- ritorno di informazione immediato mediante interrogazioni e viste ad hoc.

Il prototipo del SIMIWEB, ideato Struttura Semplice Attività Vaccinali dell'Ufficio Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione e realizzato dal Sistema Informatico Aziendale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta con la collaborazione scientifica del reparto Malattie Infettive del CNESPS dell'ISS, si basa su 6 livelli di accesso:

- Medico segnalatore
- ASL-SISP
- Regione
- Organi regionali (solo lettura)
- Organi nazionali (solo lettura)
- Amministratore centrale

Il sistema può essere adottato o integrato anche a partire dal secondo livello (ASL-SISP), qualora i medici di M.G. e i Pediatri di L.S. non siano informatizzati. Il SIMIWEB potrebbe costituire un ottimo incentivo ai programmi regionali per l'informatizzazione dei Medici di M.G. e i Pediatri di L.S., anche in un'ottica di integrazione delle loro cartelle cliniche di studio con le banche dati Asl. Da una ricognizione realizzata su campione di medici, circa il 73% dei medici possiede un Pc e il 65% una connessione ad Internet .

### **PIANO OPERATIVO**

Il piano Operativo prevede diverse fasi dopo l'identificazione del "working group" operativo e la definizione dei seguenti compiti:

- 1) valutazione del prototipo SIMIWEB attualmente in uso in quattro regioni
- 2) progettazione e realizzazione del server SQL, dell'interfaccia grafica in .NET e della manualistica
- 3) migrazione dei dati esistenti e degli utenti.
- 4) test e collaudo del sistema
- 5) azione di promozione della segnalazione a livello dei medici di base dei pediatri di libera scelta

La migrazione e le caratteristiche dall'attuale prototipo del SIMIWEB saranno discusse con i rappresentanti delle altre Regioni. In considerazione che la Valle d'Aosta ha richiesto per la realizzazione del prototipo la collaborazione dell'Istituto Superiore della Sanità (CNESPS) e considerando che questa seconda fase di sviluppo condurrà la nostra Regione ad un'importante visibilità nazionale, si rende necessaria una convenzione con l'I.S.S. per giungere alla realizzazione finale del progetto.

### **MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PROGRAMMA**

La disponibilità dell'applicativo su internet rappresenta il miglior indicatore di monitoraggio della realizzazione del progetto. La percentuale di completamento di tutte le procedure ne rappresenta il dettaglio.

Gli indicatori, che invece costituiranno elemento di misura per l'opportuna valutazione del sistema, sono stati stabiliti in accordo con l'I.S.S.

- la semplicità
  - Tempo necessario per la compilazione di una schermata (atteso meno di 3 minuti)
  - Numero di persone da formare (atteso: meno del 50% degli operatori per 2 ore)
- la funzionalità

- Numero di errori gravi per ogni mese (atteso non piu' di uno al mese dopo 6 mesi di attività)
- Numero di black out maggiori di 6 ore (atteso: meno di due al mese dopo 6 mesi di attività)
- Segnalazioni-notifiche non inseribili/totale segnalazioni notifiche (Atteso: meno dell'1% dopo 6 mesi di attività)
- la accettabilità (interfaccia, la tecnica di gestione delle informazioni e il flusso informativo)
- Questionario con scala di Lickert per gli atteggiamenti per i referenti delle ASL e per un campione di medici notificatori
- percentuale inserimento diretto nel sistema da parte di medici pediatri o MMG o sanitari o strutture in genere (atteso dopo un anno il 25%)
- Percentuale notifiche elettroniche (atteso: più del 99%)
- la tempestività
- Tempo medio in giorni per trasformazione da segnalazione in notifica per alcune patologie (dipendente dalla malattia e dal tempo necessario per gli accertamenti da parte degli operatori dei SISP)
- la flessibilità
- Numero massimo di patologie inseribili (atteso: nessun limite)
- Possibilità di inserire schede di sorveglianza speciale in allegato (atteso: SI. tre schede dopo un anno tra le malattie più frequenti)
- Possibilità di inserire campi aggiuntivi con note (atteso: SI)
- la completezza
- Percentuale compilata dei campi compilabili (atteso: 100% campi obbligatori. Per i campi non obbligatori percentuale variabile)

Alcuni di questi indicatori saranno raccolti al momento della prima disponibilità del sistema e successivamente alla fine del progetto.

Inoltre sarà considerato il rispetto dei tempi di attuazione del progetto.

#### **MODALITÀ DI COORDINAMENTO DEL PROGETTO**

Il progetto è proposto e coordinato dalla Regione Autonoma Valle d'Aosta. Sarà formato all'inizio delle attività un gruppo di lavoro con personale del reparto di Malattie Infettive del

CNESPS dell'ISS che fornirà consulenza scientifica. Inoltre saranno organizzate due riunioni con rappresentanti delle Regioni interessate allo sviluppo e all'uso del sistema. Queste riunioni avranno effetto di consultazione per verificare i bisogni informativi e eventuali suggerimenti per lo sviluppo del sistema.

#### **COLLABORAZIONI CON ISTITUZIONI ESTERNE**

Istituto Superiore di Sanità (CNESPS), Assessorati Regionali alla Sanità

#### **TEMPI PER LA REALIZZAZIONE**

Mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
valutazione del prototipo SIMIWEB attualmente in uso in quattro regioni												
progettazione e realizzazione del server SQL, dell'interfaccia grafica e della manualistica												
migrazione dei dati esistenti e degli utenti												
test e collaudo del sistema												
azione di promozione della segnalazione a livello dei medici di base dei pediatri di libera scelta												

#### **PUNTI CRITICI**

Lo sviluppo del sistema potrebbe subire un rallentamento nello sviluppo qualora dovesse cambiare, per decreto ministeriale, il flusso delle malattie infettive (per esempio, in vista di un riallineamento con le specifiche espresse dalle normative europee). Gli eventuali ritardi nello sviluppo saranno proporzionali all'entità delle modifiche introdotte e in relazione al momento di sviluppo in cui esse saranno note.

**DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA**

Nome e Cognome Massimo MAZZELLA  
Qualifica Direttore U.B. Pediatria Ospedale regionale Azienda U.S.L. Valle d'Aosta  
Sede Via Vaccai, 5, 11100 AOSTA  
tel. 0165/545459 e-mail [mazzella.massimo@uslaosta.com](mailto:mazzella.massimo@uslaosta.com) fax: 0165/545414

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

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

Nome e Cognome Pier Eugenio NEBIOLO  
Qualifica Responsabile Struttura Semplice di Dietologia  
Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA  
tel. 0165/544617 e-mail [nebiolo.piereugenio@uslaosta.com](mailto:nebiolo.piereugenio@uslaosta.com) fax: 0165/544605

**OBIETTIVO GENERALE**

Realizzare un Centro per il Monitoraggio, la Prevenzione ed il Trattamento dell'Obesità in Età Pediatrica.

**INTRODUZIONE**

L'obesità è una malattia cronica caratterizzata da un eccesso di massa grassa. Si definiscono obesi gli adulti con un indice di massa corporea (IMC o BMI) superiore o uguale a 30 kg/m<sup>2</sup> ed i bambini con un valore di BMI superiore al 95° percentile per sesso ed età.

Nel 2004 il Centre for Disease Control and Prevention ha definito l'obesità un'epidemia globale, che coinvolge tutte le fasce d'età e tutte le nazioni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che nel mondo 300 milioni di adulti siano obesi e che 17,6 milioni di bambini sotto i 5 anni siano in sovrappeso. I dati più recenti, che descrivono il fenomeno dell'obesità infantile in Valle d'Aosta, fanno riferimento all'Indagine Multiscopo condotta dall'ISTAT nel periodo 1999-2000 (la sintesi del rapporto annuale 2005 non è ancora disponibile). Secondo questo studio, il tasso di sovrappeso nei bambini valdostani, di età compresa tra i 6 e i 17 anni, è pari al 14,3%. Anche se questo valore è tra i più bassi d'Italia il fenomeno ha un trend in continua crescita e, non essendoci sul territorio regionale alcuna struttura deputata

alla prevenzione ed al trattamento di questa patologia, sembra essere ragionevole pensare che nei prossimi anni i nostri dati si allineeranno con le medie nazionali (nel 2000 i bambini italiani in sovrappeso hanno raggiunto il 25% della popolazione pediatrica, con una percentuale di obesità del 10-12%).

Il progetto che verrà ora illustrato mira a contrastare il fenomeno dell'obesità, cercando di coniugare il monitoraggio con la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

## **PIANO DELLE ATTIVITÀ**

### **FASE 1 (PROPEDEUTICA): RICERCA ESPLORATIVA**

#### Azioni / attività

Verrà condotta, sul territorio valdostano, una ricerca epidemiologica per rilevare i principali valori antropometrici (peso, altezza e circonferenza vita) di un campione statisticamente rappresentativo della popolazione pediatrica.

#### Risultati attesi

- a. Stima del numero di bambini valdostani affetti da sovrappeso od obesità;
- b. Stima del grado di sovrappeso ed obesità distribuito per fasce di età;
- c. Stima della distribuzione geografica del fenomeno.

Alla luce dei risultati di questa ricerca sarà possibile predisporre e programmare nel dettaglio le modalità dell'intervento di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

#### Indicatori di verifica

Al termine della ricerca verrà redatta una relazione dettagliata nella quale sarà descritto il tipo di studio ed i risultati ottenuti.

#### Tempi di attuazione

La ricerca e la relazione finale dovranno essere terminate entro 4-6 mesi dalla data d'inizio del progetto.

## Risorse annuali espresse in ore uomo

Ore uomo rilievo	100
Segreteria: ore uomo per organizzare attività e per contattare scuole	30
Ore uomo analisi statistica / stesura relazione	10
Stima approssimativa dei chilometri necessari per effettuare il rilievo	2500 Km
Strumenti rilievo (1 bilancia pesapersona meccanica, 2 metri anelastici)	

## **FASE 2 (ARTICOLAZIONE OPERATIVA):**

### **SISTEMA DI SORVEGLIANZA INFORMATIZZATO**

#### Azioni / attività

Creare un sistema permanente di monitoraggio, capace di raccogliere e di confrontare, con le tabelle di crescita nazionali, i valori antropometrici di tutta la popolazione pediatrica valdostana; in questo modo verranno individuati i bambini che crescono in modo anomalo e si potranno avviare interventi mirati di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

#### Risultati attesi

Individuando annualmente i bambini con una crescita ponderale anomala sarà possibile intervenire prima che il sovrappeso e l'obesità diventino conclamati. Agendo tempestivamente, gli interventi di prevenzione primaria e secondaria sarebbero molto più incisivi, per di più, diventando mirati e focalizzati sui soggetti a rischio, si determinerebbe una probabile riduzione dei loro costi; vi sarebbe inoltre un risparmio indiretto sul trattamento intensivo dovuto alla probabile diminuzione dei soggetti con obesità conclamata.

#### Indicatori di verifica

Tutti i dati raccolti saranno elaborati statisticamente e annualmente verrà redatta una relazione dettagliata che fornirà le seguenti informazioni:

- a. epidemiologia, trend e distribuzione sul territorio del fenomeno sovrappeso/obesità;
- b. aree a maggior rischio;
- c. efficacia degli interventi di prevenzione primaria, secondaria, terziaria;

## Tempi di attuazione

Dovrà essere operativo entro 8 mesi dalla data d'inizio del progetto.

## Risorse annuali espresse in ore uomo

Ore uomo per l'inserimento dei valori antropometrici (0-3 anni)	10
Ore uomo per rilievo antropometrico/ inserimento dei valori nel server (4-14 anni)	200
Stima approssimativa dei chilometri necessari per effettuare il rilievo	7500 Km
Ore uomo per costruire il materiale da inserire nel server (questionari alimentari, ecc.)*	200
Segreteria: ore uomo per programmare attività/ contattare scuole/ controllo server	200
1 computer *	
Progettazione applicativo web (preventivo medio) *	10 000 €
2 Computers portatili*	
Ore uomo per attività di ricerca	100
Elaborazione statistica dei dati/ stesura relazione annuale	25
Strumenti rilievo (10 bilance pesapersona meccaniche, 20 metri anelastici) *	

\* soltanto per il primo anno

## **PREVENZIONE PRIMARIA**

### ***Corsi pre-parto***

#### Azioni / attività

Introduzione nel corso preparto di un incontro che tratti in modo sintetico i seguenti temi:

- a. cos'è l'obesità infantile e quali bambini sono a rischio;
- b. come l'esempio genitoriale influenzi lo stile di vita del bambino;
- c. ruolo preventivo dell'alimentazione:
  - durante la gravidanza (correlazione tra peso alla nascita ed obesità);
  - nei primi mesi di vita (promozione dell'allattamento al seno);
  - durante lo svezzamento (posticipare l'introduzione di cibi dolci);



- nell'età prescolare e scolare (incentivare l'utilizzo dell'acqua evitando bevande zuccherate, incentivare cibi genuini ed evitare i preparati industriali eccessivamente raffinati).

**d.** ruolo preventivo dell'attività fisica (non intensa ma costante).

Risultati attesi

Dare alle future mamme semplici informazioni per prevenire l'eventuale sovrappeso del loro figlio. In questo modo, tutti i genitori avranno delle informazioni di base che potranno utilizzare nel corso dello sviluppo del bambino; non è necessario che diventino degli esperti di obesità infantile ma è indispensabile che acquisiscano un minimo di sensibilità su questo tema, in modo da poter applicare alla vita quotidiana semplici accorgimenti per diminuire la sedentarietà e migliorare l'alimentazione.

Tempi di attuazione

Dovrà essere operativo entro 10 mesi dalla data d'inizio del progetto.

Risorse annuali espresse in ore uomo

Ore uomo necessarie per effettuare gli incontri preparto	
• Pediatra	30

**SENSIBILIZZAZIONE DEI PEDIATRI E DEGLI ASSISTENTI SANITARI DEI CONSULTORI**

Azioni / attività

Sensibilizzare ed aggiornare i pediatri e gli assistenti sanitari dei consultori sulle più recenti linee guida per contrastare l'obesità in età pediatrica. Verrà svolto un incontro formativo e sarà rilasciato un opuscolo aggiornato sullo stato dell'arte in questa patologia.

Risultati attesi

Pediatri ed assistenti sanitari potranno fornire alle famiglie consigli utili per prevenire l'insorgenza del sovrappeso e per migliorare il proprio stile di vita.

### Tempi di attuazione

La formazione dovrà avvenire entro 6-8 mesi dalla data d'inizio del progetto.

### Risorse annuali espresse in ore uomo

Ore uomo formazione e aggiornamento assistenti sanitari/pediatri consultori: *	
• pediatra formatore	6
• assistenti sanitari	22
• pediatri consultori	22

\* soltanto per il primo anno

## **INCONTRO CON I GENITORI DEI BAMBINI NEL RANGE DEL MODERATO/MEDIO SOVRAPPESO**

### Azioni / attività

Le famiglie dei bambini che entrano nel range del sovrappeso parteciperanno ad un incontro formativo di gruppo nel quale si parlerà:

- a. del potenziale rischio a cui va incontro il bambino;
- b. delle possibili strategie per modificare lo stile di vita (del bambino, ma soprattutto dell'intero nucleo familiare) che ha condotto al sovrappeso.

### Risultati attesi

L'obiettivo è di rendere consapevoli i genitori che il loro bambino è entrato nel range del sovrappeso. L'intera famiglia verrà stimolata a modificare il suo stile di vita ponendo maggiore attenzione all'attività fisica ed alla corretta alimentazione. In questa fase, la semplice consapevolezza del problema, unita ad alcune semplici strategie per modificare le abitudini quotidiane, possono riportare il peso entro i parametri attesi interrompendo l'aumento ponderale sul nascere.

## Tempi di attuazione

Dovrà essere operativo entro 10 mesi dalla data d'inizio del progetto.

## *Risorse*

Ore uomo per incontro di gruppo (modesto sovrappeso- medio sovrappeso)	
• dietista	70
• psicologo	70
Segreteria: ore uomo per contattare famiglie e programmare gli incontri	100
Sala con capienza minima di 25 persone	

## **EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLE SCUOLE**

### Azioni / attività

Introdurre, in un arco temporale di tre anni, un programma di educazione alla salute comune a tutte le scuole elementari e medie inferiori del territorio; capace di integrarsi con le peculiarità e le iniziative già avviate dai singoli istituti. Ogni anno verrà promossa l'educazione alla salute in 34 scuole elementari e medie del territorio, dando priorità agli istituti con maggiore grado di sovrappeso/obesità (le scuole interessate dal progetto sono circa 104 quindi si prevede di renderlo operativo in tutto il territorio entro 3 anni):

- a. *Sensibilizzazione del corpo docenti*: In ognuno dei 34 istituti coinvolti annualmente verrà organizzata una riunione con tutto il corpo docente per illustrare il progetto. In questa occasione verrà proposto agli insegnanti maggiormente interessati all'iniziativa, un percorso di formazione per diventare essi stessi promotori dell'educazione alla salute nelle rispettive scuole (ogni istituto dovrebbe mettere a disposizione una quota di insegnanti proporzionale al numero di alunni: mediamente 1 insegnante ogni 80 alunni). Questo incontro sarà un'occasione per sensibilizzare maestri e professori sul tema dell'obesità e sul ruolo preventivo di un sano stile di vita.
- b. *Calendario delle attività*: Gli insegnanti delle 34 scuole verranno suddivisi in 3 sottogruppi e dopo un periodo di formazione avvieranno progressivamente i corsi nei loro istituti:

I ANNO A: 34 scuole > % di sovrappeso (mediamente 33 insegnanti)			II ANNO B: 34 scuole con media % di sovr. (mediamente 33 insegnanti)			III ANNO C: 34 scuole con < % di sovrappeso (mediamente 33 insegnanti)		
I sottogruppo (circa 11 insegnanti)	II sottogruppo circa 11 insegnanti)	III sottogruppo circa 11 insegnanti)	I sottogruppo	II sottogruppo	III sottogruppo	I sottogruppo	II sottogruppo	III sottogruppo
<b>Gennaio:</b> Formazione insegnanti	<b>Marzo:</b> Formazione insegnanti	<b>Maggio:</b> Formazione insegnanti	<b>Gennaio:</b> Formazione insegnanti	<b>Marzo:</b> Formazione insegnanti	<b>Marzo:</b> Formazione insegnanti	<b>Gennaio:</b> Formazione insegnanti	<b>Marzo:</b> Formazione insegnanti	<b>Marzo:</b> Formazione insegnanti
<b>Febbraio:</b> corsi operativi	<b>Aprile:</b> corsi operativi	<b>Giugno:</b> corsi operativi	<b>Febbraio:</b> corsi operativi	<b>Aprile:</b> corsi operativi	<b>Aprile:</b> corsi operativi	<b>Febbraio:</b> corsi operativi	<b>Aprile:</b> corsi operativi	<b>Aprile:</b> corsi operativi

- c. *Formazione degli insegnanti*: La formazione degli insegnanti sarà strutturata in 4 lezioni teorico/pratiche di gruppo, nelle quali verranno trattati gli argomenti didattici (contenuti nel programma di educazione alla salute) utilizzando la modalità del cooperative learning: una metodologia di conduzione della classe dimostratasi particolarmente efficace per l'insegnamento dei temi legati alla salute (saranno gli stessi insegnanti suddivisi in gruppi di lavoro a sperimentarla).
- d. *Educazione alla salute Step by Step*: Sarà proposto un programma di educazione alla salute suddiviso in steps di apprendimento annuali (dalla prima elementare alla terza media). Ogni anno ciascuna classe svolgerà 3 sessioni speciali di apprendimento (della durata di tre ore ciascuna) e 3 incontri di verifica bimestrale (della durata di un'ora ciascuno), per un totale di 12 ore. Verranno progressivamente proposti temi di educazione alla salute via via più articolati e complessi: si passerà da una prima fase di semplice apprendimento nozionistico, ad una fase di "apprendimento cooperativo", fino ad arrivare ad una fase esperienziale pratica. L'obiettivo è di stimolare nel bambino la riflessione personale e di fargli sperimentare nella vita quotidiana le nozioni acquisite affinché sviluppi un personale senso critico sui temi trattati:
- Palatabilità degli alimenti/ laboratori del gusto;
  - pro e contro dei preparati industriali/ additivi;
  - come i mass media influenzano il nostro stile di vita e le nostre scelte alimentari/ imparare a riconoscere i messaggi pubblicitari ingannevoli;
  - imparare a leggere le etichette;
  - correlazione tra attività fisica (moderata ma costante) e benessere.

- e. *Formulazione individualizzata dei progetti*: Ogni realtà scolastica potrebbe integrare a questo programma “standard” le proprie iniziative già avviate in tal senso, come ad esempio: regolamentare i cibi e le bevande contenute nei distributori automatici (sostituendo snack e bibite zuccherate con frutta ed acqua), sensibilizzare le mense, dove è possibile incentivare i genitori a portare i figli a scuola a piedi, ecc.); in questo modo potrebbero nascere molteplici protocolli sull’educazione alla salute, che, pur mantenendo un filo conduttore comune, verrebbero arricchiti dall’impegno e dalla creatività dei singoli istituti.

#### Indicatori di verifica:

Tutti gli alunni delle scuole che parteciperanno all’iniziativa compileranno un questionario sulle abitudini alimentari/ motorie collegandosi, aiutati dagli insegnanti, all’area del sistema di sorveglianza deputata a questo scopo (se la scuola non sarà dotata di postazioni internet i questionari saranno cartacei e verranno inseriti successivamente nel database della sorveglianza nutrizionale/motoria). I questionari verranno compilati prima e dopo l’intervento di prevenzione per poterne così valutare l’efficacia. I progetti che daranno maggiori risultati verranno presi come modello per attuare gli interventi degli anni successivi e potrebbe essere previsto un premio simbolico per le scuole che li hanno realizzati.

#### Risultati attesi

- a. Incentivare un sano stile di vita in tutta la popolazione pediatrica;
- b. Creare una collaborazione tra A.U.S.L. e Scuola che promuova lo scambio reciproco di competenze e risorse.

#### Tempi di attuazione

Dovrà essere operativa entro 10 mesi dalla data d’inizio del progetto.

#### Risorse annuali espresse in ore uomo

Ore uomo necessarie per : articolare programmi/ formare gli insegnanti /monitorare progetti/ consulenza alle scuole/ interventi nelle scuole	
• Psicologo	500
• Dietista	200
Segreteria: ore uomo per organizzare le attività e contattare le scuole	300
Attività di ricerca	100

\* In questa tabella non sono state considerate le ore dei professori che il sistema scolastico dovrebbe mettere a disposizione per sostenere i corsi (circa 12 ore all'anno per classe).

#### **PREVENZIONE SECONDARIA: TRATTAMENTO TERAPEUTICO DI GRUPPO**

##### Azioni / attività

Annualmente il sistema di sorveglianza individuerà i soggetti che crescono in modo anomalo e che entreranno nella fascia del medio/grave sovrappeso. Le famiglie di questi bambini verranno invitate a partecipare ad un percorso (suddiviso in 8 incontri della durata di 2 ore ciascuno) mirato alla modifica cognitivo-comportamentale dello stile di vita del bambino. Le famiglie che raggiungeranno gli obiettivi previsti dal trattamento di gruppo potranno partecipare ad un percorso aggiuntivo per consolidare ed ampliare i risultati raggiunti (gli incontri di mantenimento avranno una frequenza mensile).

##### Risultati attesi

In questa fase, nella quale l'eccesso ponderale non è ancora patologico e la replicazione del tessuto adiposo è ancora modesta, è possibile riportare il peso del bambino entro i valori attesi senza imporre alcuna restrizione calorica. Modificando, con la collaborazione dei genitori, lo stile di vita del bambino (riducendo la sedentarietà e migliorando qualitativamente l'alimentazione) il calo ponderale sarà consequenziale. Attraverso questo intervento si prevede di ridurre notevolmente la proporzione di casi che dal sovrappeso sconfinano nell'obesità; sarà possibile, inoltre, riportare molti bambini nel range del normopeso.

##### Indicatori di verifica

Prima e dopo l'intervento verranno valutate:

- a. le abitudini alimentari;
- b. l'attività fisica.

Inoltre annualmente, i bambini delle famiglie che hanno preso parte all'iniziativa saranno monitorati, attraverso il sistema di sorveglianza, per valutare i cambiamenti antropometrici; in questo modo sarà possibile determinare dettagliatamente l'efficacia dell'intervento.

### Tempi di attuazione

Dovrà essere operativo entro 10 mesi dalla data d'inizio del progetto.

### Risorse

Ore uomo per trattamento di gruppo (medio/grave sovrappeso):	
• dietista	90
• psicologo con formazione cognitivo-comportamentale	340
Segreteria: ore uomo per contattare famiglie e programmare attività	200
Attività di ricerca	100
Videoproiettore	
Sala con capienza minima di 25 persone	
Materiale didattico da utilizzare nei gruppi	
Ore uomo per trattamento di gruppo finalizzato al mantenimento (soggetti in sovrappeso che hanno ottenuto risultati col trattamento di gruppo proseguono gli incontri di gruppo):	
• trattamento cognitivo/comportamentale	230

## **PREVENZIONE TERZIARIA: TRATTAMENTO TERAPEUTICO INDIVIDUALE**

### Azioni / attività

Creare un ambulatorio multidisciplinare specializzato nella cura dell'obesità in età pediatrica.

Verranno trattati i pazienti:

**a- con obesità conclamata;**

**b- non responder:** il trattamento di gruppo inevitabilmente non ottiene il successo terapeutico nel 100% dei casi e quindi alcuni dei pazienti necessitano di un intervento aggiuntivo individualizzato;

**c- con disfunzioni endocrine:** esiste una casistica, comunque piuttosto limitata nell'età dello sviluppo (meno dell'1%), di obesità endocrina che richiede un intervento mirato;

**d- con grave comorbilità** (intolleranza al glucosio, diabete tipo 2, ipertensione arteriosa, dislipidemia, sino alla sindrome metabolica conclamata);

#### Risultati attesi

Curare la fascia di popolazione pediatrica che non ha risposto alla prevenzione primaria e secondaria;

#### Indicatori di verifica

Prima e dopo l'intervento verranno rilevati i valori: **a)** del BMI, **b)** delle pliche, **c)** della circonferenza vita, **d)** delle abitudini alimentari, **e)** dell'attività fisica.

#### Tempi di attuazione

Dovrà essere operativo entro 10 mesi dalla data d'inizio del progetto.

#### Risorse

Ore uomo per trattamento ambulatoriale (obesità) :	
• valutazione pediatrica / endocrinologica	180
• valutazione nutrizionale	180
• trattamento cognitivo/comportamentale	500
Segreteria: ore uomo per contattare famiglie e programmare gli incontri	200
Strumenti per l'ambulatorio (statimetro a parete, bilancia pesapersone meccanica, plicometro)	
2 ambulatori (potranno essere utilizzati i locali del reparto di pediatria)	
Attività di ricerca	100



**DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA**

Nome e Cognome Agostino ROFFIN  
Qualifica Referente area Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro  
Dipartimento di Prevenzione Azienda U.S.L. Valle d'Aosta  
Sede Via St. Martin de Corléans, 250 11100 AOSTA  
tel. 0165/275728 e-mail [roffin.agostino@uslaosta.com](mailto:roffin.agostino@uslaosta.com) fax: 0165/217070

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

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

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

Nome e Cognome Carlo ORLANDI  
Qualifica Direttore Dipartimento di Prevenzione Azienda U.S.L. Valle d'Aosta  
Sede Via St. Martin de Corléans, 250 11100 AOSTA  
tel. 0165/215737 e-mail [orlandi.carlo@uslaosta.com](mailto:orlandi.carlo@uslaosta.com) fax: 0165/217070

**INTRODUZIONE**

L'incidenza delle patologie e degli infortuni di qualsiasi origine è causa di un numero di eventi mortali o permanentemente invalidanti che generano alti costi sociali e sanitari.

Secondo i dati di fonte INAIL, a cui vanno aggiunti gli infortuni non indennizzati e il fenomeno del sommerso, in Valle d'Aosta ogni anno si verificano circa 2.000 infortuni con più di 15 giorni di assenza dal lavoro. Nel 2% circa degli infortunati rimane un danno permanente. Nel 2000 in particolare si sono verificati 9 casi mortali e in 38 lavoratori è residuata una invalidità permanente (in agricoltura 5 con esiti permanenti e 3 mortali).

La numerosità degli eventi invalidanti vede ai primi posti l'edilizia, seguita dalle lavorazioni del legno e dalla metallurgia; la gravità annovera al primo posto sempre il comparto delle costruzioni. Per contro, grazie all'evoluzione tecnologica ed all'organizzazione del lavoro, nonché ai successi delle azioni preventive e di controllo dei rischi, le malattie professionali sono largamente in diminuzione. Appaiono al contrario in crescita le cosiddette malattie

"correlate con il lavoro" che considerano la causa professionale una delle concause determinanti la malattia professionale.

Il problema della compatibilità tra lavoro e disabilità interessa, inoltre, un crescente numero di persone anche a causa dell'allungamento del periodo lavorativo e delle nuove tecnologie.

La strada prioritariamente percorribile appare sicuramente quella di sviluppare una prevenzione primaria centrata sui valori della sicurezza.

Dovrà altresì essere applicato un metodo di lavoro che permetta di superare l'attuale impostazione basata sulla rigida compartimentalizzazione delle attività per competenze favorendo, in primis nell'ambito delle iniziative regionali, momenti d'integrazione fra tutti gli attori della prevenzione.

La salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro sono obiettivi prioritari per lo sviluppo della società e per assicurare attività lavorative competitive ma, sebbene questo convincimento sia ampiamente consolidato e gli sforzi intrapresi siano significativi, gli effetti indesiderati sulla salute dovuti al lavoro risultano ancora troppo frequenti.

Lo sviluppo della sicurezza implica un percorso che parte dalla conoscenza esaustiva dell'evento avverso per addivenire ad un insieme di azioni di contrasto da ricercarsi, sia nelle applicazioni di norme già presenti, sia nell'individuazione di nuove soluzioni. Tale processo non può assolutamente prescindere da una funzione di monitoraggio degli esiti.

#### **OBIETTIVO GENERALE**

L'obiettivo prioritario è la riduzione del numero degli infortuni e delle malattie professionali, promuovendo all'interno dell'ambiente di lavoro, con una azione rivolta a tutti gli attori della sicurezza, una cultura orientata alla assunzione di stili di vita e comportamenti sicuri e responsabili attraverso strategie di cooperazione con le diverse istituzioni pubbliche, associazioni ed organizzazioni e di coordinamento su base regionale per le attività di educazione, formazione e comunicazione.

#### **OBIETTIVI SPECIFICI**

- Promuovere all'interno dell'ambiente di lavoro la sensibilità sulla percezione e valutazione dei rischi anche in relazione allo sviluppo tecnologico e organizzativo delle aziende, al fine della prevenzione degli infortuni sul lavoro;

- favorire l’inserimento lavorativo dei soggetti deboli (giovani alle prime esperienze lavorative, disabili, lavoratori extracomunitari, ecc.) promuovendo percorsi formativi mirati al conseguimento di comportamenti lavorativi corretti finalizzati alla tutela della propria ed altrui salute;
- orientare l’organizzazione del lavoro nelle aziende produttive del territorio regionale, soprattutto quelle medio piccole, a favore del miglioramento della sicurezza e della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.

## AZIONI

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio sia attraverso l’attività dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta, i seguenti interventi:

- costituire un gruppo di lavoro del Programma per la definizione delle modalità e degli strumenti di intervento allo scopo di costituire un percorso unico di prevenzione composto di moduli per la gestione di ogni specifica problematica. In seguito suddivisione in gruppi di lavoro specifici per la promozione della cultura della sicurezza nei settori a maggior rischio e per le categorie più deboli.
- ricercare la condivisione delle parti sociali nelle scelte strategiche di promozione della salute negli ambienti di lavoro;
- sensibilizzare, attraverso l’attuazione di un percorso di formazione generale sulla problematica, i rappresentanti delle varie categorie di lavoratori, le Associazioni datoriali e di categoria e gli attori della sicurezza, in particolare gli RLS, i RSPP, i Coordinatori della Sicurezza, i medici competenti;
- definire, in stretto coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione dell’U.S.L. e l’I.N.A.I.L. Valle d’Aosta, un piano preventivo operativo regionale mirato ad una tutela della salute nei luoghi di lavoro che moduli efficacemente i vari strumenti della prevenzione (educazione e formazione, gestione del rischio, vigilanza e controllo, ecc.);
- sviluppare azioni sperimentali volte al miglioramento della tutela e della promozione della salute negli ambienti confinati, in particolare quello relativo agli ambienti di lavoro in cui è previsto l’utilizzo di agenti chimici, con particolare riferimento alle industrie insalubri.
- costruire le mappe di rischio regionali per comparto e per gravità, con un progetto che, prendendo a riferimento l’attuale sistema informativo, costituito dalle banche dati derivanti dal protocollo d’intesa INAIL-ISPEL-Regioni e dalle banche dati del Servizio

di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro dell'USL, migliori sinergicamente la condivisione, l'elaborazione e la valutazione dei dati ;

#### **MODALITÀ DI GESTIONE E DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA**

Il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici del Programma per la sorveglianza e la prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro per il triennio 2006-2008 viene assicurato e monitorato attraverso la:

- Definizione di indicatori qualitativi e quantitativi di processo e di prodotto.
- Definizione di strumenti, modalità e responsabilità del monitoraggio sullo stato di attuazione di ogni specifico intervento che verrà attuato.
- Definizione delle risorse finanziarie necessarie per la realizzazione delle azioni previste.
- Definizione dei flussi informativi.

Per effettuare il monitoraggio sullo stato di attuazione degli obiettivi del Programma verrà inoltre implementato un sistema gestionale con la redazione, da parte del referente del Programma, di un report semestrale di attività e di spesa tramite la comunicazione alla Commissione di coordinamento del Piano delle attività di prevenzione dei dati riguardanti: attività, indicatori, standard obiettivo e standard attuale. Il primo report è previsto per il 30 giugno 2007.

Allo stesso modo ai referenti delle azioni sperimentali sarà richiesto con le stesse modalità un report finale per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Sarà compito della Commissione di coordinamento del Piano delle attività di prevenzione valutare i dati raccolti, mettere in evidenza i punti di forza e le criticità, ed eventualmente definire, in collaborazione con i responsabili e i gruppi di progetto, le necessarie azioni correttive in itinere.

#### **CRONOPROGRAMMA**

<b>AZIONI</b>	<b>TEMPI</b>
Costituzione gruppi di lavoro	Entro giugno 2006
Ricerca la condivisione delle parti sociali nelle scelte strategiche di promozione della salute negli ambienti di lavoro	Entro dicembre 2006
Attuazione di un percorso di formazione generale sulla problematica	Entro dicembre 2007
Definire un piano preventivo operativo	Entro dicembre 2007

regionale mirato ad una tutela della salute nei luoghi di lavoro	
Sviluppare azioni sperimentali volte al miglioramento della tutela e della promozione della salute negli ambienti confinati, in particolare quello relativo agli ambienti di lavoro in cui è previsto l'utilizzo di agenti chimici	Entro dicembre 2008
Definire le mappe di rischio regionali per comparto e per gravità	Entro dicembre 2008

**DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA**

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

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

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

Nome e Cognome Massimo PESENTI CAMPAGNONI  
Qualifica Direttore Medicina, Chirurgia d'Urgenza ed Accettazione  
Ospedale regionale Azienda U.S.L. Valle d'Aosta  
Sede V.le Ginevra, 3 11100 AOSTA  
tel. 0165/543290 e-mail [pesenti.massimo@uslaosta.com](mailto:pesenti.massimo@uslaosta.com) fax: 0165/543366

**INTRODUZIONE**

Una quota importante della morbosità e della mortalità che interessa la popolazione valdostana, in particolare in termini di anni di vita perduti e disabilità, è causata da incidenti domestici. Risultano a tale proposito particolarmente colpiti bambini (es. annegamento in vasca da bagno), gli anziani (es. esiti da frattura di femore), le casalinghe per l'evidente correlazione con l'attività domestica, i gruppi sociali marginali (es. intossicazioni da monossido di carbonio dipendenti da inadeguati sistemi di riscaldamento). Vi è evidenza che molti comportamenti errati e molte condizioni ambientali che favoriscono l'insorgenza di incidenti domestici possono essere modificati, definendo quindi una prevedibilità dei traumi da tali incidenti.

L'evidenza di prevedibilità induce la Regione Valle d'Aosta a definire un primo specifico programma preventivo rivolto alla popolazione in generale ed ai gruppi a rischio sopra citati.

**OBIETTIVI**

**Obiettivi generali**

Riduzione della mortalità (con particolare riferimento a quella precoce), della morbosità, delle disabilità e delle sofferenze derivanti da traumi da incidenti domestici.

### **Obiettivi specifici**

- Rafforzamento dell'analisi epidemiologica sui fattori di rischio inerenti i traumi conseguenti ad incidenti domestici, con particolare riferimento agli incidenti a carico di soggetti in età pediatrica, di anziani, di casalinghe e di soggetti in condizioni di marginalità sociale;
- incremento della percezione diffusa della rilevanza del problema dei traumi conseguenti ad incidenti domestici (sostenendo la definizione dello stesso quale priorità di sanità pubblica anche e soprattutto in riferimento alla definizione di strategie preventive);
- riduzione dell'impatto epidemiologico (mortalità, morbosità, anni di vita perduti, disabilità, ecc.) di alcune tipologie di incidente domestico:
  - a. incidenti in età pediatrica (annegamenti, folgorazioni, ustioni, cadute dall'alto, ecc.);
  - b. incidenti nella terza età (scivolamenti, cadute dall'alto, ecc.);
  - c. incidenti derivanti dai lavori domestici (folgorazioni, ustioni, intossicazioni da prodotti per la pulizia della casa, ecc.);
  - d. intossicazioni accidentali in ambito domestico da monossido di carbonio.

### **Pratiche efficaci/efficienti**

Il tema della prevenzione degli incidenti domestici è relativamente recente e vi è una modesta, seppur significativa, analisi delle pratiche efficaci. In particolare è evidente una macroscopica differenza di approccio in tema di prevenzione degli incidenti per i bambini rispetto agli anziani.

Infatti nel primo caso è dimostrata l'efficacia del counselling rivolto ai genitori finalizzato all'adozione di pratiche di sicurezza (es. non lasciare da solo un bambino con meno di tre anni in vasca da bagno) e all'acquisto di sistemi di sicurezza (acquisto ed installazione di avvisatori sonori per la fuoriuscita del gas, cancelletti per impedire l'accesso alle scale, griglie protetti pentole, termostati per regolare la temperatura dell'acqua dei rubinetti, ecc.). Nel caso degli anziani il counselling non dimostra la stessa efficacia. In questo caso è invece efficace l'acquisto ed installazione di sistemi di sicurezza per conto e nell'interesse del soggetto anziano. Naturalmente l'invito alla rimozione di tappeti ornamentali, l'utilizzo di

tappetini antiscivolo in bagno, ecc. possono ugualmente costituire importanti semplici suggerimenti.

### **Aspetti organizzativi**

- Il Dipartimento di Prevenzione dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta collabora all’attuazione delle azioni previste dal programma regionale, al monitoraggio epidemiologico e all’organizzazione.
- Il Dipartimento di Prevenzione è presente al tavolo intersettoriale con associazione delle casalinghe, rappresentanti dei medici di famiglia, operatori dei media e associazioni di volontariato e rappresentanti del mondo della scuola.

### **Aspetti tecnico-professionali**

Il referente tecnico/operativo del Dipartimento di Prevenzione dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta deve possedere la seguenti capacità professionali e nozioni:

- capacità organizzativa per la gestione locale del progetto;
- nozioni di epidemiologia di base ed applicata al tema incidenti domestici;
- capacità di reperire dati relativi;
- conoscenze relative alle norme e all’evidenza scientifica in tema di prevenzione di incidenti domestici.

Tecnici della prevenzione:

- possono svolgere il compito di sopralluogo ed analisi degli ambienti di vita e di svago al fine di identificare le carenze strutturali e fornire indicazioni di miglioramento ai genitori e/o alle istituzioni preposte previa idonea formazione.

Assistenti sanitarie:

- possono svolgere compiti di counselling specifico in particolar modo durante i contatti con i genitori (ad es., durante i contatti per le vaccinazioni pediatriche previa idonea formazione)

### **Aspetti di qualità percepita**



Evidenza di impegno della sanità pubblica su un tema innovativo a grande impatto sociale

## **Indicatori per la valutazione degli esiti e degli standard attesi**

### **Indicatori previsti per la valutazione**

#### 1) Indicatori di PROCESSO

(riferiti alla effettiva conduzione delle attività previste)

- predisposizione di un rapporto epidemiologico preliminare sulla materia (ottobre 2006);
- realizzazione di un corso di formazione degli operatori (settembre 2007) con coinvolgimento di almeno il 66% di operatori sanitari dell'Azienda U.S.L.;
- rispetto della tempistica;
- percentuale di operatori, dipendenti e convenzionati, coinvolti nell'attività formativa;
- realizzazione campagna di marketing sociale per almeno una variabile comportamentale correlata ad incidente domestico (2007);
- valutazione dell'efficacia degli interventi (I° trimestre 2007);
- Presentazione pubblica del rapporto conclusivo ed eventuale riprogettazione di una o più linee di lavoro (giugno 2008).

#### 2) Indicatori di RISULTATO

(riferiti all'efficacia dell'intervento)

##### Indicatori educativi

Percentuale di operatori che hanno superato con profitto le iniziative formative istituzionali (standard 75% supera con esito positivo).

##### Indicatori di comportamento

Percentuale di soggetti sottoposti ad intervento preventivo che hanno modificato/eliminato il fattore di rischio (es. eliminazione tappeti ornamentali, applicazione maniglioni antiscivolo nelle stanze da bagno, correzione degli impianti di riscaldamento);

##### Indicatori di salute

Modificazione positiva degli indicatori di mortalità (tasso di mortalità, anni di vita potenziali persi, ecc.) per traumi derivanti da incidenti domestici rispetto al dato nazionale.

## **Implementazione**

- Implementazione dell'analisi epidemiologica del fenomeno con eventuale costruzione di sistemi di rilevazione speciale (ad es. collegati con i sistemi informativi di Pronto Soccorso).
- Formazione specifica degli operatori del Dipartimento di Prevenzione, di altre strutture dell'Azienda U.S.L. (Consultori, Servizi di Assistenza Domiciliare) e di Enti Locali (es. operatori sociali dei Comuni).
- Definizione ed implementazione di specifica campagna di marketing sociale.
- Attivazione di percorsi formativi e stesura di protocolli collaborativi con i Pediatri di libera scelta e i Medici di Medicina Generale.