



Piano Aziendale della Prevenzione 2013-2015

A cura di: Claudio Culotta, Rosamaria Cecconi, Gianna Elisa Ferrando, Patricia Fortini, Federica Pascali, Patrizia Crisci, Raffaella Castiglia.

Hanno collaborato alla redazione dei vari capitoli:

Agretti Marco, Alemberti Annamaria, Amadio Carla, Amodeo Adriana, Arata Antonella, Arenare Laura, Arnuzzo Paola, Astegiano Giovanni, Bagnasco Fiorella, Baratto Luigi, Barbara Cristina, Basso Cristina, Bastone Giovanna, Belfiore Francesca, Belotti Graziella, Beringheli Luca, Bisso Maria Cristina, Bistolfi Lorenzo, Bianchi Ines, Bonifacino Angela, Bosi Miria, Bottari Laura, Bozano Paolo Francesco, Bozzo Maria Paola, Businelli Attilio, Busso Cristiana, Cacia Lisa, Canossa Carlo, Capurro Claudio, Carcassi Rosaria, Carozzo Caterina, Castiglia Raffaella, Cavallo Lauramaria, Cecconi Rosamaria, Cevasco Isabella, Chinigo Silvana, Clavario Piero, Colombani Cinzia, Corbella Angela, Cordano Clara, Corsi Andrea, Coscia Raffaella, Cosolito Alessandro, Costa Marcella, Costa Raffaele, Crisci Patrizia, Crocetti Lucia, Culotta Claudio, Cuzzolaro Silvana, Dagnino Letizia, Dallagata Daniela, D'Aste Ersilia, De Lucis Cristina, De Martini Paola, De Mite Anna Maria, De Stefano Filippo, Delle Piane Maria Romana, Di Donato Maria Rosaria, Di Gaetano Monica, Di Vito Guido, Divoto Caterina, Domenicucci Stefano, Ducci Elena, Favareto Franca, Ferrando Gianna Elisa, Ferrera Lorenzo, Ferro Maurizio, Ferroggiaro Paolo, Fiannacca Domenico, Finzi Lia, Fiorino Nicolo, Forroni Paola, Fortini Patricia, Frandi Maura, Frigerio Anna, Galdi Brunello, Gallo Cassarino Maria, Ghia Marco, Ghinelli Giuseppe, Giacobbe Sara, Gnotta Rita, Grammatico Michela, Grasso Andrea, Greco Pasquale, Grondona Angela Lidia, Grossi Ida, Guida Veneranda, Hossein Javad, Ibba Rita, Icardi Andrea, Igazzini Lorenza, Iozzia Piero, La Manna Maria Grazia, Lavagna Lucia, Leva Marco, Liguori Lino, Macchi Marco, Maccio Stefano, Maggi Simonetta, Marchelli Marco, Marchese Claudia, Marensi Lorenzo, Maresca Marco, Martini Marina, Masini Barbara, Massocco Natascia, Meccoli Nadia, Melone Daniela, Messina Valeria, Minetti Loredana, Miotti Beatrice, Molino Massimo, Mongelli Flavio Francesco, Morali Giancarlo, Morelli Simona, Mosca Pietro, Mossa Paola, Musti Luciana, Nuvoli Gianfranco, Opisso Anna, Pareto Luisa, Parodi Filippo, Parodi Mario Pilade, Pascali Federica, Pedemonte Paolo, Pellegrino Nicola, Pierri Floriana, Pitto Clara, Poletti Maria Angela, Poli Mariangela, Pongiglione Carola, Priano Damiana, Ratti Daniela, Rebagliati Bruna, Robotti Alessandra, Romeo Giuseppina, Rosselli Roberto, Rossi Carla, Rossini Serena, Rulfi Antonella, Russo Silvana, Sacco Paolo, Salani Cinzia, Sampietro Lorenzo, Schiappacasse Giorgio, Scriva Maria, Serra Orietta, Simonini Marina, Spiller Valter, Spina Margherita, Stellini Giuseppe, Stenghele Ivana, Stradolini Lorenzo, Sturlese Renato, Tofanelli Valerio, Trebino Valter, Tria Giovanni, Turello Valter, Urbini Stefania, Urciuoli Renato, Valle Ivana, Vallerino Gabriele, Varagona Giuseppe, Venturi Simonetta, Venuti Stefania, Venzano Carlo, Zambernardi Maria Elena, Zambuto Margherita, Zanone Gabriella, Zavarise Gianmaria, Zolezzi Alba.

Alla redazione del capitolo relativo agli screening oncologici hanno inoltre collaborato i componenti dei tre gruppi tecnici aziendali degli screening dei tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina, individuati con deliberazione aziendale N 130 del 4 marzo 2013.

Si ringraziano il Direttore Generale, Dott. Corrado Bedogni e il Direttore Sanitario, Dott.ssa Ida Grossi, che ha costantemente seguito i lavori del Tavolo di coordinamento Direzionale.

Genova, Giugno 2013

Indice dei capitoli.....	8
Introduzione	8
1. Coordinamento e monitoraggio del Piano Aziendale di Prevenzione	9
1.1 Coordinamento.....	9
1.2 Formazione.....	9
1.3 Comunicazione.....	9
1.4 Coinvolgimento dei portatori di interesse	9
1.5 Monitoraggio e Valutazione.....	10
2. Profilo di salute della popolazione della Asl 3 Genovese.....	10
3. Salute riproduttiva e sostegno alla genitorialità.....	15
3.1 Contesto e fattori socio-demografici.....	15
3.2 Dall'informazione all'azione: le schede progetto	28
Stiamo crescendo ... parliamone	29
“Piccoli e grandi per crescere insieme”: corso di educazione affettiva-relazionale-sessuale....	30
Crescere nel corpo e nella mente (promozione al benessere in adolescenza).....	32
Centro Giovani: accogliere l'adolescente	34
Centro Giovani: ascolto genitori di adolescenti.....	35
Centro Giovani: il disagio psicologico dell'adolescente.....	36
“Uno più uno uguale tre” – Attività del percorso nascita	37
“Il mio bambino è nato ... e ora?Attività del dopo-nascita”	38
“Quando... Come ... Perché... Allattare”	39
Il “Tocco gentile”	40
“Mamme oltre ... il blu” Maternità fragile: studio sull'efficacia di un modello di intervento volto alla prevenzione secondaria del disagio psichico perinatale ed alla prevenzione primaria delle disarmonie dello sviluppo infantile”	41
Mutilazioni genitali femminili: quando la donna ha diritto di tradire le tradizioni	43
Kinesi terapia pelvi perineale.....	45
Contenimento IVG ripetute.....	46
L'educazione tra pari per la prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse	48
L'adozione nazionale e internazionale: aspetti giuridici, psicologici e sociali.....	50
Incontri informativi e formativi per aspiranti genitori adottivi.....	51
Sessualità negata	52
Fare con ... genitori e bambini disabili.....	53
Interventi di sostegno alla genitorialità nell'ambito della prevenzione dei comportamenti di dipendenza attraverso le metodologie dell'auto-aiuto	55
Sorveglianza infezioni a contagio sessuale e parenterale sulla popolazione con problemi di addiction afferente ai Ser.t genovesi	55
4. Promozione di sani stili di vita	56
4.1 Analisi del contesto e del bisogno di salute.	56
4.2 Efficacia della modifica del comportamento nel ridurre in modo significativo il rischio di malattia.....	63
4.3 Efficacia delle azioni di prevenzione nel modificare i comportamenti a rischio.....	65
4.4 Le buone pratiche.....	66
4.5 Dall'informazione all'azione: le schede progetto	68
Aree di attività e programmi	68
4.5.1 L'educazione alla salute nel contesto scolastico.....	69
Progetti destinati a bambini delle scuole dell'infanzia, delle scuole primarie e di istituti comprensivi.....	69
OKkio alle 3A	69
Identikit	71

“Incomincio da...3”. Prima Tutto e Subito ... Precocemente	72
Pedibus: percorsi sicuri casa scuola	74
Essere genitori: Istinto, mestiere, vocazione ... ?	76
Le mille anime del cibo.....	77
Progetti di educazione all’affettività e alla sessualità	78
Stiamo crescendo ... parliamone	78
Piccoli e grandi per crescere insieme	78
Crescere nel corpo e nella mente	78
Progetti del programma nazionale Guadagnare Salute in Adolescenza	79
Paesaggi di Prevenzione.....	79
Unplugged.....	80
L’educazione tra pari per la prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse	80
Media education	81
Media education: nuove prospettive per la promozione della salute nell’epoca dei media digitali	82
Media Education per la prevenzione dei DCA nelle scuole secondarie	83
Media educandi	85
W l’indipendenza	86
I giovani: i consumi e le dipendenze tecnologiche	87
Altri progetti.....	88
Concorso “le scuole che promuovono la salute”	88
Orientamenti: un’occasione di incontro con il mondo dei giovani.....	89
Sulla strada pensa a te e agli altri	89
4.5.2 La promozione della salute degli adolescenti nei loro luoghi di ritrovo e di divertimento ..	90
Progetto Fenice: “Abitare il limite”	90
Patto territoriale per l’adolescenza: azioni integrate socio sanitarie per la prevenzione del disagio degli adolescenti nel DSS12.....	91
4.5.3 Informazione e comunicazione rivolta a gruppi di popolazione, prevalentemente adulta (compresi gli operatori sanitari), su vari temi inerenti la salute e gli stili di vita	92
Interventi di formazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari.....	92
L’auto mutuo aiuto: il farmaco del futuro.....	92
I Problemi Alcol Correlati (PAC): diagnostica ed intervento – conoscere e lavorare con i Club Alcolisti in Trattamento	93
Acudetox protocollo di puntura auricolare per problemi di dipendenza	94
Utilizzo del marketing sociale per la promozione della salute in Asl 3 genovese.....	95
Il counselling minimo per gli stili di vita sani. Cominciamo da noi.....	97
Interventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione e agli operatori sanitari in una prospettiva di auto mutuo aiuto	98
Corso di sensibilizzazione al trattamento dei soggetti con Problemi Alcol Correlati (PAC) secondo metodologia Hudolin	98
Interventi di sostegno alla genitorialità nell’ambito della prevenzione dei comportamenti di dipendenza attraverso le metodologie dell’auto-aiuto	99
Comunicazione sociale per la salute	101
Interventi educativi rivolti a gruppi di cittadini sui fattori di rischio modificabili: mancanza di attività fisica e alimentazione scorretta	101
Educazione alla salute per gruppi di popolazione in collaborazione con Unitre	103
Incontri Salute e Benessere nell’ambito dell’Università Popolare Uniauser.....	104
Mangiar giusto e muoversi con gusto	106
Mind the G.A.P. percorso di sensibilizzazione, prevenzione e formazione sul G.A.P. (Gioco d’Azzardo Patologico)	107
Medicina di iniziativa.....	109

La Vela: promozione di sani stili di vita tra gli adolescenti.....	109
4.5.4 Organizzazione di percorsi per favorire sani stili di vita	110
Gruppi di cammino	110
Attività Fisica Adattata	111
Il benessere è a cavallo: Percorso di avvicinamento al cavallo finalizzato al benessere psicofisico	112
SportivaMente.....	114
Pedibus: percorsi sicuri casa scuola	114
4.5.5 Programma per il contrasto dell'abitudine al fumo di sigaretta.....	115
Dati di contesto	115
Attività e schede progetto	117
Attività dei centri antifumo aziendali.....	117
Il counselling minimo per gli stili di vita sani. Cominciamo da noi.....	117
Unplugged.....	117
4.5.6 Programma per la promozione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione e per il contrasto all'obesità e al sovrappeso.....	118
4.5.7 Programma per il contrasto alle dipendenze	119
5. Screening oncologici.....	120
5.1 Organizzazione.....	120
5.2 Epidemiologia	120
5.3 Significato	122
5.4 Programmi.....	122
5.5 Estensione e adesione.....	122
5.6 Architettura.....	123
5.7 Cabina di regia	124
5.8 Modello hub & spoke.....	124
5.9 Background	125
5.10 Indicatori di performance.....	127
5.11 Sviluppo dell'offerta	131
5.12 Dall'informazione all'azione: le schede progetto	135
Screening del tumore della mammella.....	135
Screening del tumore del colon retto	136
Screening del tumore della cervice uterina	137
6. Prevenzione delle complicanze delle malattie croniche in un contesto di gestione integrata	139
6.1 Analisi di contesto.....	139
6.2 Dall'informazione all'azione: le schede progetto	144
"Dimissione facilitata" o "protetta" - un modello di integrazione gestionale e professionale dell'ospedale e del territorio nella Rete di protezione Sanitaria e Sociosanitaria.....	144
Gestione integrata territoriale/distrettuale dei pazienti con scompenso cardiaco (SC)	147
Gestione integrata territoriale/distrettuale di pazienti con esiti di sindrome coronarica acuta	149
Gestione Integrata della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	151
Prevenzione lesioni da pressione (LDP)	152
Le persone in terapia anticoagulante orale (TAO): interventi di educazione terapeutica rivolti al paziente e/o ai familiari.....	154
Fornitura di dispositivi (D.M. 332/99) per la Ventilazione Meccanica Domiciliare (V M D)	155
Istituzione di Registro Aziendale	155
Prevenzione e presa in carico della Sindrome delle Apnee Notturne	156
La Prevenzione delle complicanze infettive in dialisi peritoneale.....	156
Prevenzione cadute a domicilio: elaborazione di un opuscolo informativo rivolto alle persone a rischio di cadute e ai familiari e caregiver afferenti ai servizi distrettuali e ospedalieri.....	157

Prevenzione della malnutrizione per eccesso e per difetto in pazienti affetti da malattie croniche, a rischio di complicanze, già in carico alle strutture aziendali dell'ASL 3 Genovese (ospedaliera e territoriali).....	159
Trattamento riabilitativo respiratorio per malati bronchiectasici.....	161
Prevenzione dell'osteoporosi e delle cadute nella persona anziana.....	162
Attività Fisica Adattata (AFA).....	163
Prevenzione del decadimento funzionale cronico nei soggetti con Malattia di Parkinson.....	164
Prevenzione dei disturbi comportamentali nella persona affetta da Morbo di Alzheimer e prevenzione del distress del caregiver	166
Ci prendiamo a cuore: rete per prevenzione e cura dell'insufficienza cardiaca nel DSS 10 ...	168
Gruppo di Auto Mutuo Aiuto per familiari di pazienti psichiatrici	169
L'auto mutuo aiuto: il farmaco del futuro.....	169
Prevenzione delle complicanze dell'obesità in pazienti psichiatrici ospiti di Struttura Residenziale	170
Il benessere è a cavallo: Percorso di avvicinamento al cavallo finalizzato al benessere psicofisico	171
Il ghetto: ambulatorio nel centro storico	171
Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA)	171
Lo screening cardiovascolare.....	172
Analisi di contesto.....	172
La scheda progetto	176
7. Prevenzione delle malattie trasmissibili	177
7.1 Vaccinazioni.....	177
7.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive.....	179
7.3 Dall'informazione all'azione: le schede progetto	182
Migliorare l'adesione all'offerta vaccinale nella popolazione dell'ASL 3 Genovese.....	182
La vaccinazione influenzale e pneumococcica dei soggetti a rischio per patologia.....	184
Sorveglianza e controllo malattie trasmissibili: integrazione e miglioramento del sistema ...	186
Il ghetto: ambulatorio nel Centro Storico	187
Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA)	189
8. Sicurezza alimentare e attività di prevenzione nell'ambito della sanità animale	190
8.1 Analisi di contesto.....	190
8.2 Dall'informazione all'azione: le schede progetto	191
Condivisione banche dati – anagrafi - ditte	191
Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA): Prevenzione di nuove patologie emergenti	192
Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA): Prevenzione della patologia legata al consumo di alimenti in gravidanza.....	193
9. Prevenzione dei rischi in ambienti di vita e prevenzione degli incidenti stradali e domestici	194
Analisi del contesto.....	194
Area sicurezza stradale.....	195
“Guida informato, guida sicuro!”	198
Sulla strada pensa a te e agli altri.....	199
Prevenzione e presa in carico della Sindrome delle Apnee Notturme.....	200
Ripara ed impara	201
Pedibus: percorsi sicuri casa scuola	201
Area sicurezza domestica.....	202
Gruppi di cammino	202
Prevenzione cadute a domicilio: elaborazione di un opuscolo informativo rivolto ai familiari e caregiver afferenti ai servizi distrettuali di cure domiciliari	202
Interventi sulla prevenzione dell'osteoporosi e delle cadute nella persona anziana.....	203
Interventi di prevenzione degli incidenti domestici nei bambini.....	203

Area prevenzione dei rischi in ambienti di vita	204
Implementazione di una scheda multidisciplinare ed interistituzionale nell'attività di vigilanza ordinaria nelle strutture sociali, sociosanitarie e sanitarie che ospitano persone anziane.....	204
10. Prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro	205
10.1 Analisi del contesto.....	205
10.2 Dall'informazione all'azione: le schede progetto:	210
Analisi delle patologie muscolo scheletriche nell'attività lavorativa	211
Prevenzione Infortuni nel lavoro portuale: Porto di Genova	212
Corsi di formazione per i medici competenti volti all'informazione e al supporto nella prevenzione e nella gestione delle problematiche di tossicodipendenza	213
Campagne informative ai lavoratori di ASL 3 Genovese in tema di dipendenze patologiche	215

Piano Aziendale di prevenzione e promozione della salute 2013-2015

Asl 3 Genovese

Indice dei capitoli

Introduzione

1. Coordinamento e monitoraggio del Piano Aziendale di Prevenzione
2. Profilo di salute della popolazione della Asl 3 Genovese
3. Salute riproduttiva e sostegno alla genitorialità
4. Promozione di sani stili di vita
5. Screening oncologici
6. Prevenzione delle complicanze delle malattie croniche in un contesto di gestione integrata
7. Prevenzione delle malattie trasmissibili
8. Sicurezza alimentare e attività di prevenzione nell'ambito della sanità animale
9. Prevenzione degli incidenti stradali e domestici e prevenzione dei rischi in ambienti di vita
10. Prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro

Introduzione

Le linee guida e i documenti di programmazione sanitaria nazionale individuano tra le caratteristiche fondamentali degli interventi di prevenzione e promozione della salute:

- l'ampia trasversalità, necessaria a coinvolgere numerosi soggetti sanitari e non sanitari
- l'impegno etico volto a contrastare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi
- un percorso metodologico che partendo dalla **definizione dei bisogni** e dalla individuazione delle **priorità**, anche attraverso l'uso di strumenti epidemiologici, progetti e ponga in essere azioni di sistema, in cui reti sanitarie operano in sintonia con le altre reti istituzionali e le altre risorse della comunità
- lo sviluppo di una strategia di comunicazione coerente ed efficace
- la definizione, fin dalla fase di progettazione, di un sistema di monitoraggio e **verifica dei risultati**.

Il raggiungimento degli obiettivi di salute identificati come prioritari dipende dalla predisposizione a livello nazionale e regionale di politiche e linee di indirizzo coerenti, coordinate e intersettoriali, come il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 e il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 della Regione Liguria, la cui validità è stata prorogata per l'anno 2013, in attesa dell'emanazione dei nuovi Piani che avranno una validità pluriennale.

E' però indispensabile che **anche a livello locale**, e cioè al livello delle Aziende sanitarie e delle Comunità locali, venga dato ulteriore impulso ad **attività di programmazione integrate e sostenibili nel medio periodo** che siano coerenti con le indicazioni strategiche di livello regionale e nazionale nel campo della prevenzione e della promozione della salute.

Per tali motivi l'Azienda Sanitaria Locale 3 Genovese ha ritenuto di doversi dotare del presente documento di programmazione per il triennio 2013-2015, che è stato realizzato attraverso la collaborazione di tutti i portatori di interesse interni all'Azienda e che si propone di rafforzare le reti di collaborazione già esistenti con gli altri portatori di interesse presenti nel territorio: enti locali, istituzioni scolastiche, associazioni di professionisti, associazioni di volontariato sociale e di automutuoaiuto.

1. Coordinamento e monitoraggio del Piano Aziendale di Prevenzione

1.1 Coordinamento

Per la definizione della strategia aziendale di cui il Piano Aziendale di Prevenzione (PAP) 2013-2015 è espressione è stato istituito un **Gruppo di lavoro direzionale**, coordinato dal Direttore Sanitario e composto dai Responsabili di tutte le Strutture aziendali interessate.

Per la definizione di obiettivi e progetti specifici sono stati costituiti **Tavoli di lavoro tematici** che hanno visto un'ampia partecipazione di operatori appartenenti ai diversi Dipartimenti e Strutture aziendali. Il coordinamento del lavoro di questi tavoli è stato affidato alla Struttura Semplice di Epidemiologia, in quanto l'attività di programmazione deve basarsi sulla conoscenza dei dati relativi alla salute della popolazione. La stessa Struttura si è occupata dell'integrazione dei contributi di tutte le Strutture aziendali e della redazione del documento relativo al Piano.

Per il triennio 2013-2015 gli obiettivi del PAP costituiscono un riferimento per gli obiettivi di budget di tutti i Dipartimenti e Servizi nell'ambito delle attività di prevenzione e promozione della salute.

1.2 Formazione

Attraverso la collaborazione fra la Struttura Semplice di Epidemiologia, la Struttura Complessa Aggiornamento e Formazione e tutti i Servizi interessati saranno resi disponibili per gli operatori momenti di formazione e aggiornamento relativi a metodi e strumenti di programmazione, valutazione e comunicazione nel campo della prevenzione e promozione della salute.

1.3 Comunicazione

Il Piano Aziendale di Prevenzione costituisce un'importante risorsa per la comunicazione verso l'esterno e quindi uno strumento indispensabile per rafforzare le reti di collaborazione esistenti o – se necessario - creare nuove reti di collaborazione con i differenti portatori di interesse presenti nel territorio: enti locali, istituzioni scolastiche, associazioni di professionisti, associazioni di volontariato sociale e di automutuoaiuto.

Esso intende presentare alla popolazione e alla comunità locale un quadro organico dell'offerta di interventi nel campo della prevenzione e della promozione della salute che l'Azienda Sanitaria Locale 3 Genovese è in grado di proporre, spesso in collaborazione con altri enti, istituzioni o associazioni.

Il Piano di Comunicazione delle attività di prevenzione e promozione della salute sarà definito dal Gruppo di lavoro direzionale in collaborazione con il servizio aziendale di Comunicazione. Esso si articolerà in:

- elaborazione di strumenti e canali per l'informazione al cittadino
- comunicazione sociale per la salute (marketing sociale)
- comunicazione interna.

1.4 Coinvolgimento dei portatori di interesse

Le azioni di prevenzione e promozione della salute richiedono il coinvolgimento di numerosi portatori di interesse esterni al Settore Sanitario oppure interni ad esso ma in posizione di autonomia rispetto all'Azienda:

- professionisti che operano in regime di convenzione
- Aziende Ospedaliere del territorio metropolitano
- Enti Locali, ed in particolare i Comuni e i Municipi
- Associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto.

Nel corso della realizzazione di alcune iniziative di prevenzione sono già state attuate forme di collaborazione con questi portatori di interesse, che dovranno essere ulteriormente sviluppate e rese sistematiche da parte del Gruppo di lavoro direzionale e dei Servizi.

Attraverso questa prima stesura del proprio Piano Aziendale della Prevenzione la Direzione aziendale intende rivolgersi alle altre Istituzioni, ai professionisti e all'intera comunità locale per consentire a tutti i portatori di interesse sul territorio di conoscere gli interventi e i progetti in corso, in una prospettiva di confronto e di rafforzamento delle reti di collaborazione già esistenti e al fine di avviare una vera e propria fase di programmazione partecipata intersettoriale e aperta al contributo di tutte le risorse presenti nella comunità.

Questo approccio è coerente con le linee guida formulate dal Ministero della Salute e da altri Ministeri e contenute nel programma nazionale "La salute in tutte le politiche"¹.

1.5 Monitoraggio e Valutazione

La Struttura di Epidemiologia, in collaborazione con tutti i Servizi aziendali interessati, provvederà al periodico monitoraggio delle azioni programmate e alla verifica del raggiungimento progressivo degli obiettivi stabiliti, in funzione degli indicatori individuati per ogni progetto e degli indicatori di salute provenienti dai flussi informativi correnti. Essa provvederà inoltre ad elaborare la necessaria reportistica per la Direzione aziendale, con cadenza semestrale.

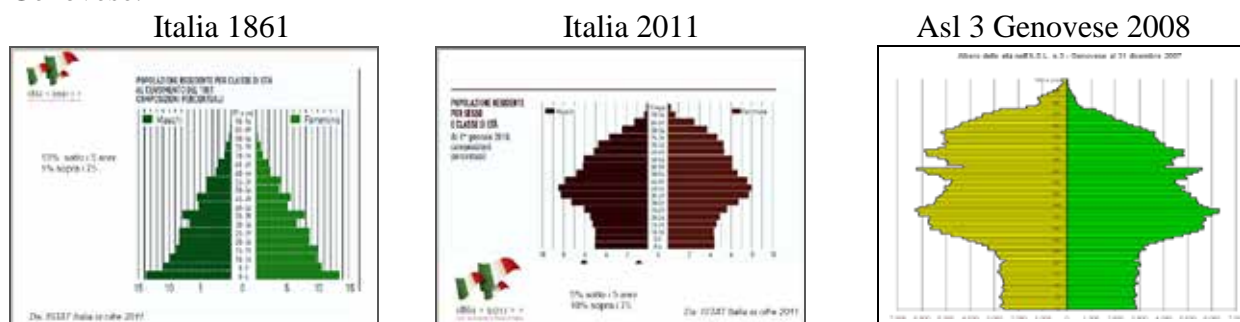
2. Profilo di salute della popolazione della Asl 3 Genovese

In questo capitolo vengono presentate alcune evidenze in base alle quali sono state individuate le aree prioritarie di intervento che costituiscono l'argomento dei capitoli successivi.

Ulteriori dati e informazioni verranno riportati nelle parti introduttive dei singoli capitoli.

La popolazione della Asl 3 Genovese è costituita da 736235 persone, con un'età media di 48 anni (Italia 43 anni), un indice di vecchiaia² pari a 236, che è il più alto nel nostro Paese, e un tasso di natalità pari a 7,7 per mille abitanti, che è assai basso e inferiore a quello medio italiano (9,5 per mille).

Di seguito, il confronto tra la piramide delle età di 150 anni fa in Italia e le attuali italiana e di Asl 3 Genovese.



Come si può notare, nella piramide di Asl 3 Genovese risulta, ancora più evidente che in Italia, un assetto demografico basato su pochissimi giovani e un gran numero di anziani. Solo alcuni esempi: il numero dei 18-24enni di Asl 3 Genovese è di 41.931 soggetti, pari al 5,6% della popolazione totale, mentre il numero delle persone di età uguale o superiore a 65 anni è pari a 196.059 (popolazione definita "anziana") e quello delle persone di età uguale o superiore a 75 anni è pari a 103.234 (popolazione dei "grandi anziani").

¹ http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_it.htm

² Proporzione tra soggetti anziani (65 o più anni) rispetto ai giovanissimi (inferiori a 15 anni). Esso rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento della popolazione.

In questo contesto demografico l'**elevata prevalenza di malattie croniche** costituisce una priorità per l'intero sistema di assistenza sanitaria e sociale e, insieme, una minaccia per la sua sostenibilità.

Il problema va affrontato cercando di gestire al meglio la situazione attuale con le risorse esistenti e quindi migliorando la qualità delle cure e l'integrazione ospedale-territorio. Ma sono anche necessari interventi di prevenzione efficaci che, se applicati a tutta la popolazione e a tutte le fasce di età, possono prolungare la "speranza di vita in buona salute" della popolazione, ritardando l'insorgenza di patologie e disabilità.

In una prospettiva di prevenzione primaria e promozione della salute è necessario individuare i determinanti sui quali è possibile intervenire in modo efficace. Tra questi giocano un ruolo importante i comportamenti individuali o **stili di vita**.

I benefici per la salute e il benessere che possono derivare dalla pratica regolare di attività fisica moderata, da una corretta alimentazione e dal contenimento di abitudini dannose per la salute, quali il fumo e l'assunzione di bevande alcoliche, sono molto rilevanti e ben documentati dalla letteratura scientifica.

I **Sistemi di sorveglianza sugli stili di vita**, quali Passi, Passi d'Argento, Okkio alla salute, HBSC[§] documentano che nella popolazione della Asl 3 Genovese **gli stili di vita non favorevoli alla salute sono diffusi in tutte le fasce di età**.

§ **"PASSI"** (Progressi per le Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è il Sistema di sorveglianza continuo su abitudini e stili di vita della popolazione di 18 – 69 anni. Basato sull'ascolto costante e diretto dei bisogni di salute, attraverso interviste a soggetti campionati, PASSI rappresenta allo stato attuale uno strumento scientifico validato per la valutazione puntuale degli stili di vita nella popolazione, nonché per la sorveglianza continua dei determinanti di salute e degli effetti che le attività di promozione della salute esercitano sui determinanti stessi. Inoltre la lettura e l'utilizzo dei dati del sistema di sorveglianza, integrata con quelli derivanti dai flussi regionali e dal sistema di valutazione della performance del Servizio Sanitario, concorre alla realizzazione della costruzione di un sistema sanitario basato sulla conoscenza, l'analisi dei dati e le evidenze. E' collegato al programma europeo "Guadagnare salute" e ai Piani di Prevenzione nazionali e regionali ed è promosso dal Ministero della Salute/CCM e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

"OKkio alla salute" è un sistema di sorveglianza collegato al programma europeo "Guadagnare salute" e ai Piani di Prevenzione nazionali e regionali, promosso dal Ministero della Salute/CCM in collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Consiste nella misurazione diretta di peso e altezza dei bambini campionati delle classi terze della scuola primaria e nella sorveglianza dei loro comportamenti a rischio; prevede una periodicità di raccolta dati biennale e permette di descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini e delle attività scolastiche favorevoli a una sana nutrizione e l'attività fisica.

"HBSC" (Health Behaviour in School-aged Children) è un Progetto internazionale, patrocinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ha lo scopo di descrivere e comprendere fenomeni e comportamenti correlati con la salute nella popolazione adolescente. La ricerca HBSC è quadriennale e raccoglie informazioni autoriferite sui comportamenti collegati alla salute, al benessere e alla rete di sostegno socio-affettivo tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni. Ai 15enni viene somministrato anche un questionario contenente domande relative all'uso di sostanze stupefacenti e al comportamento sessuale.

"PASSI d'Argento" è il Sistema di sorveglianza sullo stato di Salute e la qualità della vita della popolazione ultra 64enne, basato su indagini trasversali ripetute, con cadenza ancora da definire. Permette di avere un quadro completo sui bisogni della popolazione ultra 64enne e sulla qualità degli interventi dei servizi sociosanitari e socio assistenziali; questo si ottiene con l'ascolto diretto di soggetti anziani campionati o loro familiari/caregiver in caso di difficoltà alla relazione interpersonale da parte del campionato. Lo strumento di raccolta dati è un questionario standardizzato somministrato con un'intervista faccia a faccia o telefonica.

Alcune novità fanno di PASSI d'Argento un sistema di sorveglianza innovativo: la sua realizzazione poggia sulla collaborazione fra operatori sociali e sanitari. Questa collaborazione è valida non solo per la raccolta dei dati ma anche per l'interpretazione dei risultati e per la messa in opera di azioni congiunte. E' collegato al programma europeo "Guadagnare salute" e ai Piani di Prevenzione nazionali e regionali, promosso dal Ministero della Salute/CCM e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Una serie di dati analitici e di evidenze scientifiche sono consultabili nella parte introduttiva al capitolo 4 (Promozione di sani stili di vita).

Ma il problema dell'attuale elevata prevalenza delle malattie croniche deve essere affrontato anche **in una prospettiva di prevenzione secondaria e terziaria** e quindi in termini di miglioramento dei programmi di diagnosi precoce per le categorie a maggior rischio e di miglioramento dei percorsi assistenziali per le persone già ammalate.

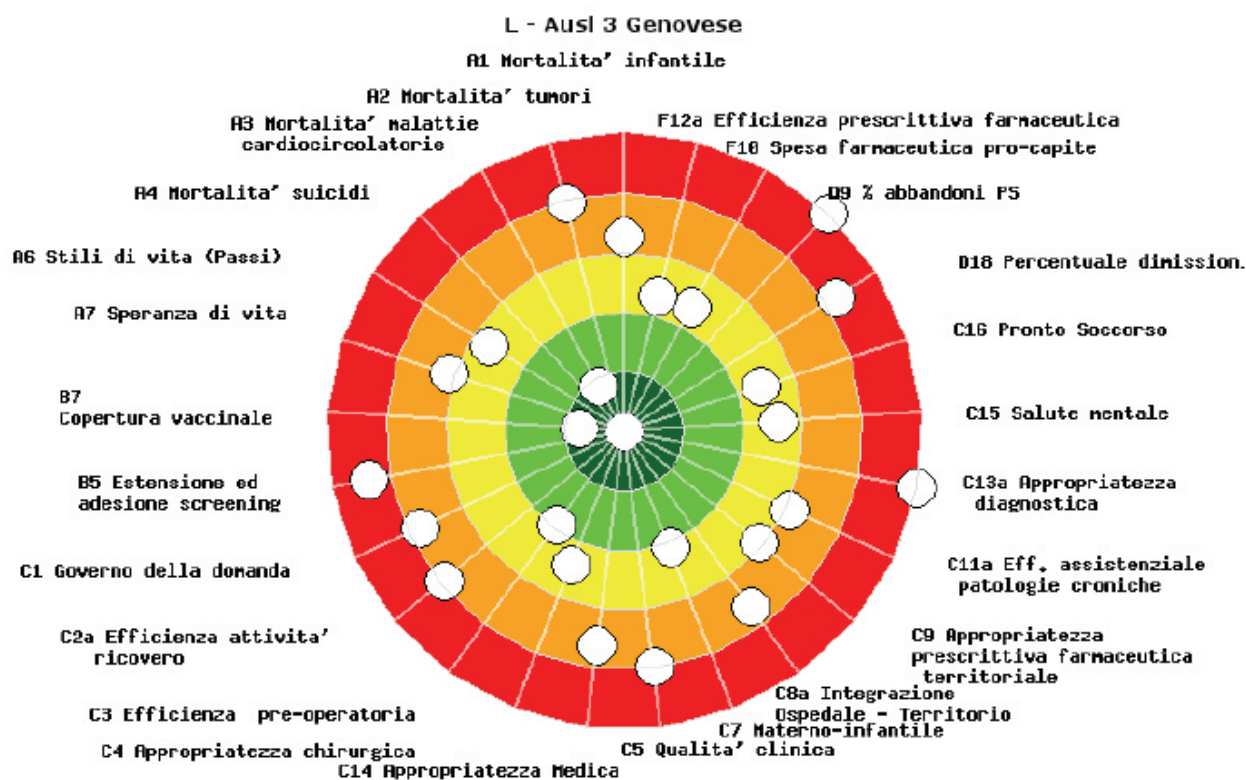
Da alcuni anni la nostra Regione partecipa al “**Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali**: Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria”, il cui Rapporto 2011 è stato recentemente pubblicato a cura della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa e con il contributo, per quanto riguarda la nostra Regione, dell’Agenzia Regionale Sanitaria (<http://www.meslab.sssup.it/it/index.php?page=report-network-2011>).

L’Agenzia Regionale Sanitaria della Liguria ha pubblicato i risultati ottenuti nelle singole Asl liguri riferiti ai valori medi calcolati per il network regionale (Quaderno dell’Agenzia numero 11: La valutazione della performance del Servizio Sanitario Ligure).

Nella figura seguente viene riportato il “bersaglio” relativo alla Asl 3 genovese.

Le fasce di valutazione sono rappresentate con i colori (dal verde scuro = “performance ottima” al rosso = “performance molto scarsa”).

Le dimensioni della valutazione sono molteplici e sono contrassegnate con le lettere da A a F.



Nei capitoli successivi ed in particolare nel capitolo 6 (Prevenzione delle complicanze delle malattie croniche in un contesto di gestione integrata) vengono riportati diversi dati analitici e informazioni ricavabili da questo Sistema informativo.

In una prospettiva di prevenzione secondaria e terziaria delle malattie croniche interessa rilevare che per la nostra Azienda esistono delle criticità nelle performance relative agli screening

oncologici e in quelle che hanno per oggetto varie caratteristiche inerenti l'erogazione di prestazioni assistenziali nei contesti ospedalieri e territoriali (dimensione di valutazione C), come ad esempio l'integrazione ospedale-territorio (C8a) e l'efficienza assistenziale nel campo delle patologie croniche (C11a).

Sulla base delle evidenze epidemiologiche e di performance sopra accennate è possibile individuare **aree prioritarie di intervento** nel campo della prevenzione e della promozione della salute. Ogni area, nel perseguire i propri obiettivi specifici, può trovare momenti di integrazione e di sinergia con le altre in una strategia complessiva volta al contenimento delle cronicità.

L'**area della salute riproduttiva e del sostegno alla genitorialità** (Cap 3) è strategica per garantire il benessere della popolazione nel suo complesso. All'inizio del capitolo si possono trovare dei dati che documentano in maniera analitica questa affermazione e forniscono le informazioni utili per individuare obiettivi specifici e priorità. In questa sede, e nell'ambito di una strategia complessiva volta al contenimento delle cronicità, si può citare a titolo di esempio il ruolo dell'allattamento materno come possibile fattore protettivo nei confronti dei disturbi del comportamento alimentare e del sovrappeso-obesità, sia in età evolutiva che adulta. Inoltre la gravidanza e la nascita di un bambino offrono occasioni per una efficace azione di modifica degli stili di vita sia della mamma che della famiglia. Basti pensare ai programmi di contrasto di abitudini legate al fumo (fumo in gravidanza e fumo passivo) o all'assunzione di alcol, o ai programmi per favorire una alimentazione salutare della mamma, del bambino e della famiglia.

All'area della prevenzione delle malattie croniche sono dedicati tre capitoli (4, 5 e 6) che comprendono:

- interventi di prevenzione primaria per la promozione di sani **stili di vita**: sono destinati a tutta la popolazione e all'intero ciclo di vita ("strategia di popolazione"); se la programmazione e le risorse sono adeguate i risultati possono essere misurati attraverso i Sistemi di sorveglianza degli stili di vita anche a breve-medio termine, attraverso la riduzione dei comportamenti non salutari e dei fattori di rischio intermedi, quali ipertensione, ipercolesterolemia, sovrappeso e obesità; inoltre occorre ricordare che i Sistemi di sorveglianza forniscono indicazioni di trend, assai utili nella programmazione e nella valutazione degli interventi sanitari, non solo in ambito preventivo;
- interventi di prevenzione secondaria: gli **screening oncologici** sono oggetto di specifici progetti volti ad incrementare la copertura e l'adesione;
- interventi di prevenzione terziaria: sono destinati a persone già affette da una o più patologie croniche e si collocano all'interno dei percorsi assistenziali, in un contesto di **gestione integrata delle patologie croniche** e di **integrazione fra ospedale e territorio**; i risultati potranno essere rilevati già nel breve o medio periodo, anche attraverso gli indicatori del "Sistema di valutazione della performance".

La **prevenzione delle malattie trasmissibili** (Cap. 7), continua a rappresentare un'area prioritaria di intervento anche nell'attuale situazione epidemiologica in cui, come è noto, i progressi scientifici hanno consentito di raggiungere buoni risultati nel controllo di molte malattie infettive. Oltre alla necessità di mantenere e in alcuni casi migliorare tali risultati, in questo ambito merita di essere sottolineato il ruolo che alcune vaccinazioni (antinfluenzale, antipneumococcica) svolgono nel prevenire l'insorgenza di complicanze infettive in pazienti cronici. In questi stessi pazienti è inoltre importante, attraverso una migliore integrazione ospedale-territorio, mettere in atto tutte le misure che possano limitare allo stretto necessario il ricorso al ricovero e quindi l'esposizione a germi multiresistenti. Un altro aspetto che merita di essere sottolineato allo scopo di evidenziare tutte le sinergie possibili nel campo della prevenzione delle cronicità è il ruolo della vaccinazione anti HPV nella prevenzione dei tumori dell'utero.

L'area della sicurezza alimentare e della sanità animale (Cap. 8) costituisce una priorità per la prevenzione non solo di eventi acuti ma anche di malattie croniche legate alla presenza di sostanze chimiche o altri agenti dannosi negli alimenti. La stessa cosa vale per i mangimi destinati agli animali.

Considerazioni simili possono essere fatte in merito alla **prevenzione dei rischi in ambienti di vita** (Cap 9), dovuti alla presenza di diverse forme di inquinamento negli ambienti confinati o aperti. Le competenze specifiche in questo campo appartengono prevalentemente agli Enti locali e all'Agenzia per l'ambiente, ma in una prospettiva di collaborazione intersettoriale la Asl è interessata al nesso tra ambiente e salute, anche nella prospettiva delineata dalle strategie "Guadagnare salute" e "La salute in tutte le politiche" a cui si è fatto cenno in precedenza.

La **prevenzione degli incidenti stradali e domestici** (Cap 9) costituisce un'attività importante che può concorrere al miglioramento delle condizioni di salute e benessere della popolazione. Il successo delle attività di prevenzione in questo ambito non solo consente di salvare delle vite, ma comporta anche una riduzione della disabilità conseguente agli incidenti e quindi una importante riduzione della perdita di "anni di vita in buona salute", considerato che spesso questi eventi coinvolgono persone giovani.

La prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro (Cap 10) costituisce un ambito di intervento di fondamentale importanza in relazione ad obiettivi specifici e ad azioni di controllo previste dalla legge. Oltre a ciò merita di essere sottolineato il fatto che gli interventi di promozione della salute e del benessere volti alla modifica degli stili di vita nella popolazione non possono prescindere da azioni realizzate negli ambienti di lavoro, dove vive una larga parte della popolazione stessa.

3. Salute riproduttiva e sostegno alla genitorialità

3.1 Contesto e fattori socio-demografici

La salute materno-infantile è un tema che riveste un'enorme importanza sanitaria. La tutela della salute delle donne e dei bambini deve essere considerata una scelta strategica per garantire il benessere della popolazione nel suo complesso.

Negli ultimi 40 anni, in Liguria come nel resto d'Italia, si è assistito a notevoli cambiamenti nell'area della salute riproduttiva (Fonte: Lo stato di salute dei liguri – ARS Liguria - I quaderni dell'agenzia supplemento 3).

La popolazione femminile in età fertile è numericamente diminuita, in un contesto di popolazione generale con età media molto elevata (48 anni), indice di vecchiaia pari a 236 (il più elevato in Italia) e tassi di natalità e fecondità notevolmente inferiori rispetto alla media italiana. Il **tasso di natalità** in Asl 3 Genovese, pari a 7,7 per 1000 abitanti ed è notevolmente inferiore al dato italiano, pari a 9,5. Il **tasso di fecondità totale**, cioè il numero di figli per donna (compreso in Liguria tra 1,2 e 1,3) **è molto inferiore al livello di sostituzione** (circa 2,1 figli per donna), che garantirebbe il ricambio generazionale. La situazione nel suo complesso riflette quindi l'immagine di una popolazione notevolmente invecchiata.

Ancora, negli ultimi trent'anni, **è notevolmente aumentata l'età della prima maternità** (da 27,8 a 33 anni), e si è stabilizzato, prima che in altre regioni italiane, un modello di famiglia ristretta: 1,19 figli per famiglia in Liguria vs 1,31 in Italia (i numeri sono più elevati, fino a 2 figli per famiglia tra gli stranieri in Liguria e 2,23 in Italia).

La **popolazione immigrata** regolarmente registrata in Liguria (anno 2010) ammonta a 125.320 soggetti, rappresentando circa il 7.8% della popolazione totale; essa apporta un deciso contributo alla natalità (affluenza di donne prevalentemente in età fertile, caratterizzate generalmente da una fecondità più accentuata; età media della popolazione immigrata: 32 anni). Per quanto riguarda l'origine geografica, l'Ecuador è il paese più rappresentato, essendo il paese di origine del 20% della popolazione straniera in Liguria e del 32,3% di quella presente nell'area genovese.

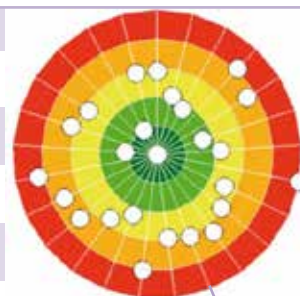
Nella popolazione adulta (18-69enne) di Asl 3 Genovese, gli stranieri stabilizzati, cioè più integrati e con buona conoscenza della lingua italiana, rappresentano il 4,2% della popolazione. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani e nel sesso femminile: tra i 18 e i 49 anni l'8% delle donne ha cittadinanza straniera.

Nella tabella seguente vengono riportati alcuni dati socio-demografici riguardanti l'area della salute materno infantile di Asl 3 Genovese, in un confronto con i dati liguri e italiani.

Viene inoltre riportato il valore dell'**indicatore complesso C7 materno-infantile**, tratto dal Network realizzato dall'istituto superiore S. Anna di Pisa, finalizzato alla "Valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali".

Indicatori di salute e performance. Valori in Asl 3 Genovese, Liguria, Italia.

	Asl 3 Genovese	Liguria	Italia	Fonte
Popolazione all'1.1.2011	736.235	1.616.788	60.626.442	i.stat 2010
Popolazione femminile 15-49enne	151.611	332.681	13.961.645	i.stat 2010
Età media popolazione generale	48	48	43	i.stat 2010
Indice di Vecchiaia (prov. Ge)	236	235	144	Hfa 2009
Tasso di natalità (prov. Ge) x 1000 abitanti/anno	7,7	7,6	9,5	Hfa 2009
Tasso fecondità (prov. Ge) x 1000 15-49enni/anno	36	36	40	Hfa 2009
Età prima maternità (prov. Ge)	33	32	32	Hfa 2009
Aspettativa di vita alla nascita (anni)				Hfa 2008
Maschi	79	79	79	
Femmine	84	84	84	
Mortalità infantile (x 1000)	2,41	2,74	3,70	Hfa 2010
Indicatore C7 materno infantile				Istituto S.Anna dati 2011
C7.1 % Cesarei depurati (NTSV) [di valutazione]	37,90	32,64		Benchmarking network S. Anna
C7.2 % Parti indotti [di valutazione]	9,01	15,88		
C7.3 % Episiotomia depurate (NTSV) [di valutazione]	10,25	26,26		
C7.4 % Tasso neonati con Apgar >7 al quinto minuto [di osservazione]	1,23	3,48		
C7.6 % Parti operativi (uso forcipe o ventosa) [di osservazione]	5,81	6,59		
C7.7 % Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica [di osservazione]	16,27	14,39		
C7.13 % Donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (≥ 12esima settimana gestazionale) [di osservazione]	17,07	14,45		
C7.14% Donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza ≤ 4 [di osservazione]	18,56	11,60		



C7 Materno-infantile

Indice di vecchiaia: $IV = (P_{\geq 65} / P_{\leq 14}) * 100$

Tasso di natalità: rapporto tra il numero dei nati in un certo periodo (generalmente un anno) e la popolazione media

Tasso di fecondità: rapporto tra il numero dei nati vivi da donne 15-49enni e popolazione femminile 15-49enne

Mortalità infantile: rapporto tra il numero di bambini morti entro il primo anno e i bambini nati vivi nello stesso anno

Valutazione della performance

Indicatore C7 materno infantile

La qualità sanitaria del percorso nascita viene misurata attraverso una serie di indicatori clinico - sanitari che tengono conto della bibliografia internazionale (Health Canada, Sutter Women's & Children's Services 2001) e che consentono di confrontare i risultati dei sistemi sanitari delle regioni italiane.

Alcuni degli indicatori possono dirsi ampiamente consolidati, avendo ottenuto anche recenti conferme dalla letteratura della loro validità come strumento di confronto delle condotte ostetriche "aggiustate" rispetto al fattore della variabilità di popolazione tra differenti punti nascita: è il caso dell'indicatore dei cesarei depurati NTSV, la cui riduzione del valore percentuale è un obiettivo chiaramente identificato come espressione di miglioramento complessivo del percorso materno infantile ospedaliero. Per altri indicatori non esistono parametri di riferimento identificati, e viene pertanto indicato un generico obiettivo di riduzione del ricorso all'intervento, per esempio nel caso dell'induzione farmacologica del parto. Tuttavia, considerando che la letteratura recente identifica tale intervento come un possibile strumento del percorso che limita il taglio cesareo ai casi appropriati, in realtà sarebbe utile correlare l'influenza reciproca tra le variazioni dei due indicatori per ottenere un obiettivo pesato.

È importante poi segnalare che tutti gli indicatori di questo gruppo sono calcolati attraverso i dati forniti dal CEDAP, un flusso che nella nostra Regione è caratterizzato da una qualità dei dati poco omogenea tra le Aziende, elemento rilevabile dal confronto con i dati del sistema SDO. Azioni di miglioramento sulla qualità dei dati appaiono indispensabili tenuto conto che la scheda CEDAP, per la ricchezza degli elementi informativi, costituisce il flusso specifico fondamentale del percorso nascita.

C7.1 Percentuale cesarei depurati (NTSV)

Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists ha proposto l'utilizzo di un indicatore specifico che restringe l'analisi a un case-mix costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e feto in posizione di vertice (NTSV), rendendo confrontabili punti nascita con differenti casistiche e comprendendo un'ampia fascia di popolazione ostetrica, quella nella quale il rischio di inappropriatazza del taglio cesareo è maggiore rispetto ad altre categorie.

In Italia l'estrazione del case-mix è possibile solo attraverso l'uso dei dati CEDAP.

La validità dell'indicatore come strumento di confronto è stata recentemente confermata (Stivanello e. et al., 2010) nella realtà nazionale, in quanto capace di identificare le primipare a basso rischio e perché scarsamente influenzato da fattori di aggiustamento.

C7.2 Percentuale parti indotti

L'indicatore misura il grado di utilizzo delle tecniche di induzione farmacologica del parto. Non esistendo un parametro di riferimento internazionale, l'obiettivo per la Liguria, come per le altre regioni italiane, è la riduzione al ricorso all'induzione, limitando tale pratica ai soli casi necessari. Va rilevato che la letteratura recente (Cochrane 2012; Caughey AB et al. 2009) identifica l'induzione farmacologica del travaglio come un possibile strumento di limitazione del ricorso al parto cesareo in determinate circostanze (gravidenza a termine): sarebbe pertanto auspicabile affinare la valutazione, con l'aiuto dei professionisti coinvolti, attraverso un parametro applicabile in particolare alla popolazione ostetrica su cui insiste una maggior percentuale di inappropriatazza del taglio cesareo.

C7.3 Percentuale episiotomia depurata (NTSV)

L'episiotomia, uno degli interventi più frequentemente utilizzati durante il parto vaginale, è divenuto un intervento di routine senza che vi fossero prove della sua capacità preventiva di complicanze perineali sia a breve sia a medio-lungo termine. Studi clinici controllati randomizzati hanno dimostrato che contenere il ricorso all'episiotomia riduce l'incidenza di traumi e complicazioni dell'area perineale. Revisioni sistematiche della letteratura (Cochrane 2012) confrontando la pratica routinaria dell'episiotomia con quella restrittiva (limitata alle condizioni a rischio), rilevano una prevalenza di benefici nella condotta di ricorso restrittivo alla procedura in luogo di una condotta estensiva adottata tradizionalmente in alcuni centri, benché siano insufficienti i dati che comparano le due tecniche di esecuzione (mediana e mediolaterale). Anche in questo caso, come per i parti cesarei, restringere il confronto a una categoria di popolazione ostetrica, quella

a minor rischio (NTVS), ha il significato di consentire una comparazione “aggiustata” tra le valutazioni di setting diversi.

C7.4 Tasso neonati con Apgar inferiore a 7 al quinto minuto

L'indice di Apgar è un valore che viene assegnato alla nascita ed esprime la vitalità del neonato e l'efficienza delle principali funzioni dell'organismo. Tale indice utilizza cinque parametri di base, ai quali viene assegnato un punteggio da zero a due; il valore massimo dell'indice, quindi, è 10.

Il test viene effettuato a 1 minuto e a 5 minuti di vita del neonato, e può essere ripetuto se il punteggio risulta basso. I neonati con punteggio alla nascita inferiore a 4 sono gravemente depressi e necessitano di intervento medico immediato; quelli con punteggio fra 4 e 6 sono moderatamente a rischio, bisognosi di assistenza, vigilanza e ripetizione del test ogni 5 minuti; i neonati con punteggio fra il 7 e il 10 sono considerati normali. La percentuale dei test effettuati al quinto minuto, con valore inferiore a 7, è utilizzata come indicatore di sofferenza fetale. Tale indicatore è da leggersi in relazione ad altri indicatori, quali la percentuale di cesarei e la percentuale di parti operativi.

C7.6 Percentuale parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore va letto insieme alla percentuale di parti con taglio cesareo per individuare eventuali correlazioni fra livelli più bassi di incidenza del taglio cesareo e un maggior ricorso al parto operativo.

C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica

Pur se in diminuzione negli ultimi anni, in Italia il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica appare più elevato di quanto si osserva in altre nazioni del mondo occidentale. Ipotizzando parità di condizioni epidemiologiche con gli altri paesi europei, è presumibile che esso sia legato a una consistente variabilità nei protocolli di accesso in ospedale, a una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché a una quota di inappropriata dei ricoveri in età pediatrica (Fortino et al., 2005; ASSR, 2002). Un ruolo determinante per la correzione di tale quota può essere svolto dalla promozione dell'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie (Zanetti et al., 2005).

C7.13 Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (oltre la 12a settimana gestazionale)

L'indicatore relativo alla percentuale di donne che effettua la prima visita tardiva viene proposto nel Rapporto Europeo sulla salute perinatale per evidenziare l'importanza di effettuare la prima visita di controllo in gravidanza entro il primo trimestre. Una appropriata epoca di “presa in carico” permette, infatti, di identificare precocemente problemi che necessitano di una sorveglianza specifica (gravidanze “a rischio”) e di carattere sociale, nonché di garantire un'informazione sull'utilizzo dei servizi e sugli accertamenti da effettuare e indicazioni su come ridurre l'esposizione a fattori di rischio.

L'indicatore sotto riportato si focalizza sulle donne straniere provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria, in quanto il recarsi alla prima visita a 12 o più settimane di gravidanza risulta decisamente più frequente nelle donne con cittadinanza straniera rispetto alle italiane.

C7.14 Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza minore/uguale a 4

Un altro aspetto della modalità di assistenza nel corso della gravidanza che viene preso in considerazione è la percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza inferiore o uguale a 4. L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica come standard un numero superiore a 4 controlli per una gravidanza fisiologica; sotto tale livello, l'assistenza sanitaria alle donne in gravidanza è ritenuta insufficiente. Analogamente all'indicatore relativo alla prima visita di controllo effettuata tardivamente, si osserva una frequenza maggiore di donne con cittadinanza straniera che effettuano un numero di visite insufficiente in gravidanza rispetto alle donne italiane.

I Consulteri e i Centri Giovani in Asl 3, dalla loro istituzione, sono impegnati nei percorsi di accompagnamento alla nascita, al dopo nascita e nel sostegno alla genitorialità.

Largo spazio è stato offerto alla promozione del benessere degli adolescenti nel campo della salute sessuale e riproduttiva, per la prevenzione e l'accoglimento di situazioni di disagio, latente e/o conclamato. Questo grazie anche all'attiva collaborazione con gli altri servizi territoriali (SERT, DSM). I Centri Giovani rappresentano il "punto di partenza e poi di snodo" nei percorsi educativi e sanitari di accompagnamento per i pre-adolescenti, gli adolescenti e per i loro adulti di riferimento (genitori, insegnanti).

Le famiglie italiane sono da sempre scarsamente propense a sviluppare una propria consapevolezza sulla **contraccezione**, forse confuse dalla politicizzazione dell'argomento e naturalmente favorevoli alla norma religiosa cattolica.

Per questi ed altri motivi la percentuale delle donne che in Italia utilizzano metodi di contraccezione sicuri è molto bassa. I contraccettivi orali sono utilizzati dal 19,1% delle donne (Olanda 53,1%; Francia il 42,2%; Regno Unito 30,5%; Spagna 17,5%; Repubblica Slovacchia 15,5%; Polonia 9,3%; Grecia 3,5%).

Nei giovanissimi la situazione sembra lentamente modificarsi: la progressiva liberalizzazione dei costumi sessuali ha determinato un cambiamento delle abitudini sessuali nei giovani nell'ultimo decennio ed evidenziato un debutto sessuale precoce: i ragazzi italiani sono nella media rispetto agli altri paesi europei, con il 26% dei 15enni che dichiara di aver già avuto rapporti sessuali completi. Riguardo ai metodi contraccettivi, il 78% dei maschi e il 67,4% delle femmine dichiara di aver usato il preservativo nell'ultimo rapporto (la risposta è associata spesso ad un numero elevato di partner). Dati HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) Liguria 2010.

Da questi dati nasce la necessità di attivare interventi di **educazione sessuale** mirati alla scelta di una contraccezione (e quindi di una procreazione) consapevole e alla gestione intelligente dei rischi o dei rimedi di urgenza. Molto è stato svolto in questi decenni dalla Struttura Complessa Assistenza Consultoriale di Asl 3 Genovese, che però, negli ultimi anni, sta attuando una pianificazione progettuale più efficace in questo campo, basata non soltanto sull'intervento "situazionale", cioè originato dalla scelta richiesta dei ragazzi e delle scuole, ma su una più ampia collaborazione di educatori della scuole ed operatori sanitari finalizzata all'utilizzo di metodiche comunicative e progettuali più adatte allo spirito infantile e adolescenziale.

Due fenomeni importanti da monitorare in questo ambito sono le nascite da madri minorenni e le interruzioni volontarie di gravidanza.

Di seguito rappresentiamo i dati nazionali relativi al numero di **nati da madri minorenni**:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<15	30	3	1	2	8	3	6	3	7
15	45	27	24	37	29	27	24	31	33
16	933	874	805	788	842	816	770	758	842
17	1857	1555	1633	1565	1654	1661	1547	1535	1612
18	2952	2641	2862	2645	2751	2749	2701	2737	2948
% nati < 18	0,53	0,46	0,46	0,44	0,45	0,45	0,42	0,41	0,44

Per quanto riguarda le **interruzioni volontarie di gravidanza** (IVG) il Consultorio assume un ruolo primario nell'area della prevenzione e della intercettazione del disagio personale e familiare ed anche nella presa in carico delle donne che richiedono l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza. I Consulteri, infatti, messi in rete con gli altri servizi dell'area materno infantile, anche

ospedalieri, possono prenotare gli accertamenti necessari all'intervento e l'intervento stesso presso l'ospedale di riferimento. Questo significa che il Consultorio diventa un punto di riferimento per la donna anche per le fasi post-interruzione volontaria di gravidanza e per le informazioni sulla contraccezione e sui complessivi problemi del nucleo familiare.

Le interruzioni volontarie di gravidanza notificate in Liguria³ nell'anno 2011 sono 3.338 con un decremento del 3,4% rispetto al 2010 e un decremento del 60,5% rispetto al 1979, anno successivo a quello dell'entrata in vigore della legge 194.

Il tasso di abortività (dato dal numero degli interventi, rispetto al numero delle donne in età feconda 15-49 anni, moltiplicato per 1.000) è pari a 10,3 mentre in Italia è 8,2.

La distribuzione di frequenza delle IVG nelle 5 ASL Liguri nel 2011 è stata la seguente:

Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	Asl 5	Totale
408	449	1.744	221	516	3.338

Di seguito vengono riportati i dati locali relativi alle certificazioni prodotte dalla S.C. Assistenza Consultoriale di Asl 3 Genovese nell'anno 2011:

IVG S.C. Assistenza Consultoriale anno 2011			
	italiane	straniere	totale
> 18	243	503	746
< 18	17	26	43
totale	260	529	789

Provenienza delle pazienti

Dall'analisi degli ultimi 11 anni degli interventi di IVG si può notare che mentre per quanto riguarda le italiane nate in Liguria e fuori regione il fenomeno è in continua diminuzione, nelle straniere esso è in crescita. Nel 2001 gli interventi su pazienti italiane rappresentavano il 70,9% del totale, mentre nel 2011 sono scesi al 54,3%.

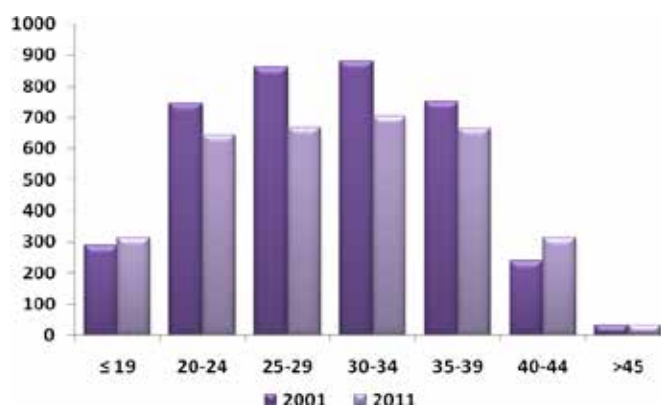
Interventi annuali per luogo di nascita e residenza delle pazienti anni 2001-2011							
Anno	Numero IVG	Nate			Residenti		
		in Liguria	in Italia fuori regione	all'estero	in Liguria	in Italia fuori regione	all'estero
2001	3793	2075	615	1103	3376	210	207
2002	3827	1953	636	1238	3373	186	268
2003	3893	1971	622	1300	3487	223	183
2004	4003	1959	567	1477	3658	215	130
2005	3726	1752	562	1412	3368	213	145
2006	3700	1760	537	1403	3361	207	132
2007	3526	1568	535	1423	3165	232	129
2008	3336	1468	475	1393	2994	219	123
2009	3219	1438	402	1379	2923	195	101
2010	3455	1513	402	1540	3162	220	73
2011	3338	1389	425	1524	3056	228	54

³ Interruzioni volontarie di gravidanza anno 2011 – Statistica Regione Liguria.

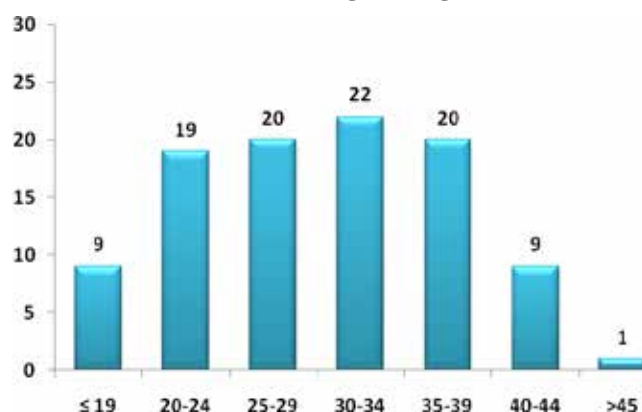
Età delle pazienti

Dal confronto tra il 2001 e il 2011 si evidenzia una diminuzione del fenomeno che coinvolge le classi di età comprese tra i 20 e i 39 anni e un lieve aumento nelle classi superiori ai 40 anni.

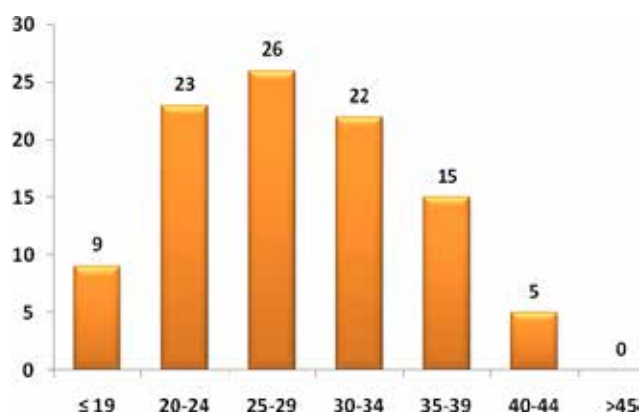
**IVG: Confronto per classi di età delle pazienti
tra gli anni 2001 e 2011
Regione Liguria**



**IVG: Suddivisione per classi di età (%)
Anno 2011 - Regione Liguria**



**IVG: Suddivisione per classi di età (%) - Cittadinanza straniera
Anno 2011 - Regione Liguria**



Ricorso delle minorenni all'IVG:

Totale IVG 2011	Interventi su minorenni		Interventi con assenso del giudice	
	Numero	% su totale	Numero	% su minorenni
3338	125	3,7	46	36,8

Età gestazionale

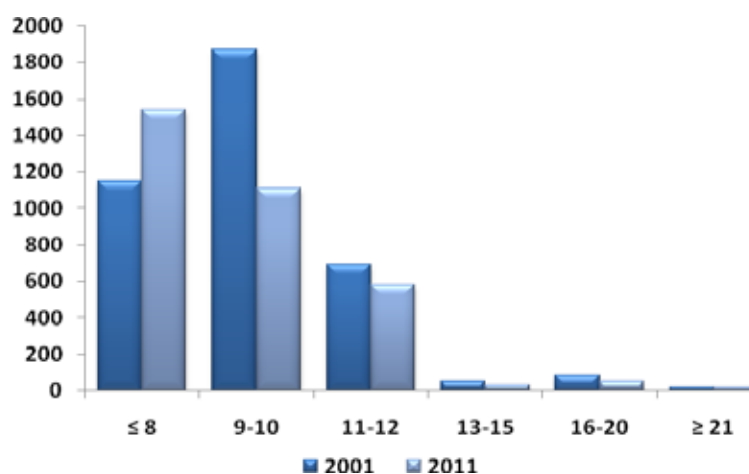
Si definisce "Età gestazionale" il tempo in settimane calcolato dal primo giorno dell'ultima mestruazione. La Legge 194/78, all'art. 6, prevede che l'IVG possa essere praticata solo entro le dodici settimane dall'inizio della gravidanza, prevede inoltre che debbano passare non meno di sette giorni dalla compilazione del certificato di autorizzazione all'esecuzione dell'intervento rilasciato dopo gli accertamenti e i colloqui previsti dall'art. 5.

Trascorso tale periodo la donna può presentarsi presso le sedi autorizzate per ottenere l'interruzione di gravidanza, sulla base del documento rilasciato.

Il medico del consultorio o della Struttura socio sanitaria o il medico di fiducia può rendere urgente l'intervento nel caso riscontri le condizioni che lo rendano tale.

Secondo le modalità previste dalle legge, in casi particolari, comprovati da certificati medici che attestino che l'eventuale prosecuzione della gravidanza comporterebbe pericolo per la vita della donna o per il suo equilibrio psichico, il termine delle dodici settimane può essere oltrepassato.

**Confronto anni 2001-2011
IVG per settimane di amenorrea**



Stato Civile

Le donne nubili sono quelle che ricorrono maggiormente all'interruzione rispetto alle altre.

Anno	Nubili	Coniugate	Separate/divorziate/vedove
2011	56,6%	34,9%	8,5%

Per quanto riguarda le pazienti straniere rimane costantemente maggiore il dato delle donne nubili (53,3%) rispetto a quello delle coniugate (40,5%)

Precedenti interruzioni di gravidanza:

N° IVG precedenti – anno 2011	2	3	>3
	5,5%	1,6%	0,8%

Collegato alla sfera salute, e di fondamentale importanza nelle fasce d'età adolescenziali, ma anche giovanili, è il capitolo delle **Infezioni Sessualmente trasmesse (IST)**. Esse rappresentano un gruppo di malattie infettive diffuso in tutto il mondo: in Italia i dati raccolti dall'apposito sistema di sorveglianza delle Malattie Infettive negli ultimi due decenni indicano che la frequenza e la diffusione delle IST è rilevante, e non si osserva una diminuzione del numero totale dei casi segnalati nel tempo.

Questi dati sottolineano la necessità di individuare, anche nella nostra Azienda, azioni di controllo e prevenzione più coordinate ed efficaci. In particolare, appare indispensabile programmare campagne di informazione sulle IST e sui fattori di rischio associati e campagne di educazione alla salute sessuale (ad esempio, uso corretto del condom, limitato numero di partner sessuali).

In Italia, le informazioni disponibili provengono dai dati riportati dal Ministero della Salute, che però si riferiscono alla sole malattie a notifica obbligatoria, cioè gonorrea, sifilide e pediculosi del pube cui si possono aggiungere i dati dell'epatite NANB e dell'epatite B anch'esse soggette a notifica.

Non sono invece disponibili i dati sulla diffusione nazionale di altre IST non soggette a notifica obbligatoria quali, ad esempio, le patologie genitali provocate da *Chlamydia trachomatis*, da *Trichomonas vaginalis*, da HSV-1 e 2 e da HPV.

Dal 1991 è stato avviato un Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST per sopperire alla mancanza di dati relativi alle IST non notificabili e per disporre in tempi brevi di dati sulla loro diffusione, soprattutto in ragione dell'epidemia da HIV che emergeva in quel periodo.

Il Sistema, coordinato dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), prevede la collaborazione di una rete sentinella di 12 centri clinici pubblici specializzati nella diagnosi e nella cura delle IST, dislocati sul territorio nazionale. I dati raccolti dal Sistema di Sorveglianza negli ultimi due decenni indicano che la frequenza e la diffusione delle IST in Italia è rilevante, e non si osserva una diminuzione del numero totale dei casi segnalati nel tempo. È importante sottolineare che le IST attualmente a notifica obbligatoria (sifilide, gonorrea e pediculosi del pube), rappresentano solo il 15% dei casi diagnosticati e curati nei centri clinici del Sistema di Sorveglianza Sentinella.

Dal 1 gennaio 1991 al 31 dicembre 2009, il Sistema di sorveglianza nazionale ha segnalato un totale di 78.782 nuovi casi di IST con una media annua di 4146 casi. I dati, riportati nel notiziario Iss "[La sorveglianza delle malattie sessualmente trasmesse basata su una rete di centri clinici: 18 anni di attività](#)" pubblicato a ottobre 2011, indicano che le patologie più frequenti sono risultate essere i condilomi ano-genitali (28.250 casi), le cervicovaginiti non gonococciche e non clamidiali (NG-NC) (8.466 casi) la sifilide latente (7.585 casi), l'uretrite NG NC (6.849) e l'Herpes genitale (6.198).

Attualmente si conoscono circa trenta IST diverse, provocate da oltre venti tipi di microrganismi tra batteri, virus, protozoi e parassiti. Queste patologie interessano prevalentemente soggetti nella fascia di età dai 15 ai 49 anni e, se non diagnosticate e adeguatamente trattate, possono determinare importanti sequele a carico dell'apparato riproduttivo maschile e femminile. (Tabella 2)

Tabella 2 - Principali sequele e complicanze delle infezioni sessualmente trasmesse

Uomo	Donna
Stenosi uretrali	Malattia Infiammatoria Pelvica (PID)
Stenosi dei deferenti	Sterilità tubarica
Prostato vescicoliti	Infertilità
Epididimiti	Gravidanza ectopica
Infertilità	Endometrite post partum
Tumori del pene	Aborto
	Parto pretermine
	Mortalità perinatale
	Tumore cervice uterina

L'andamento dei casi nel tempo, e per tipo di diagnosi, ha mostrato una costante riduzione di tutte le infezioni batteriche fino al 1996. Nel 2008 i dati sulla sifilide I-II risultavano aumentati dell'800% rispetto al 1996 e le segnalazioni di uretrite e cervicite gonococcica sono duplicate tra il 1999 e il 2005, per poi diminuire fino al 2008.

I casi di uretrite e cervicite da *Chlamydia trachomatis* (Ct) hanno invece mostrato un incremento costante sino al 2004 con un aumento dell'80% rispetto al 1996 e un decremento fino al 2008. Il numero dei casi di uretriti e cervicovaginiti NG-NC è rimasto relativamente stabile fino al 1999, con circa 900 casi all'anno, per poi diminuire progressivamente fino ai 371 casi segnalati nel 2009.

L'infezione più diagnosticata sia tra le donne che tra gli uomini è stata quella da Ct (rispettivamente, 2,3% e 8,9%), seguita, nelle donne dall'infezione da *Trichomonas vaginalis* (0,7%) e negli uomini dall'infezione da *Neisseria gonorrhoeae* (2,2%). In particolare, la prevalenza dell'infezione da Ct è risultata significativamente più elevata (p-value <0,001) nei soggetti che avevano dichiarato due o più partner sessuali negli ultimi sei mesi rispetto a chi ne aveva dichiarato uno o nessuno (14,2% vs 2,3%), nei giovani con età compresa tra i 15 e i 24 anni rispetto ai soggetti con età uguale o maggiore a 25 anni (7,9% vs 2,5%) nei soggetti con sintomi genitourinari al momento del prelievo del campione rispetto agli asintomatici (4,3% vs 2,0%), e tra i soggetti testati nel Nord Italia rispetto ai soggetti testati nel Centro-Sud Italia (4,5% vs 1,7%). Fonte: Notiziario ISS Febbraio 2012.

Pur essendo un **evento fisiologico**, la gravidanza può divenire un momento delicato e, in rari casi, trasformarsi in situazione patologica.

L'assistenza alla gravidanza, sia in termini di diagnosi che di trattamenti, deve quindi essere modulata nel rispetto della natura fisiologica di questi eventi e deve saper cogliere ed individuare tempestivamente la patologia, senza portare ad una medicalizzazione indiscriminata e non necessaria di tutte le gravidanze. Diventa fondamentale quindi implementare tutte quelle azioni rivolte a migliorare la salute materno infantile. Si tratta di pensare a progetti che accompagnino la donna e il proprio figlio durante questo percorso; è bene precisare che **la salute materno infantile non si esaurisce nei primissimi anni della vita del bambino** ma continua negli anni dell'infanzia e dell'adolescenza.

In particolare, è necessario **sostenere la funzione genitoriale**, tenendo presente i cambiamenti del ciclo di vita della famiglia, i nuovi assetti familiari ed i mutati modelli culturali.

In questa prospettiva sono molto importanti gli interventi volti a favorire l'**allattamento al seno**. Di seguito si riporta una parte dell'articolo tratto dall'inserito BEN (Bollettino Epidemiologico Nazionale) di Epicentro, Novembre 2012.

“Allattamento al seno: prevalenze, durata e fattori associati in due indagini condotte dall' Istituto Superiore di Sanità (2008-09, 2010-11)”

E' ormai una certezza consolidata sulla base di prove scientifiche che l'allattamento al seno, esclusivo fino a 6 mesi e prolungato anche oltre i due anni se la mamma e il bambino lo desiderano, produca migliori esiti di salute per entrambi. Perché questo obiettivo sia raggiunto è necessario che i servizi sociosanitari operino in modo da promuovere e sostenere le competenze della mamma e del bambino. Nell'ambito del percorso nascita molte sono le circostanze e le azioni che possono favorire od ostacolare l'avvio corretto e il proseguimento dell'allattamento al seno.

Ripetute indagini condotte negli ultimi 20 anni mostrano che il 95% delle donne desidera allattare al seno. Ciò nonostante, è improbabile che si possano ottenere risultati ed esiti significativi nella promozione dell'allattamento materno se nel percorso nascita si opera con gli eccessi di medicalizzazione presenti in Italia. Questi, oltre a rappresentare indebiti eccessi di spesa e a produrre peggiori esiti di salute, hanno l'effetto di indurre nella donna senso di incompetenza a condurre la gravidanza, a travagliare e a partorire e, di conseguenza, a gestire il puerperio con la capacità autonoma di controllo sul proprio stato di salute, come invece raccomanda la Carta di Ottawa. Nello specifico, viene ostacolato l'avvio corretto dell'allattamento al seno, prognostico del suo proseguimento nel tempo. Pertanto, la percentuale di mamme allattanti al seno in modo esclusivo alla dimissione, a tre e sei mesi, oltre alla percentuale di allattanti comunque al seno a un anno di vita, rappresentano indicatori di esito validi non solo per lo specifico ma anche più in generale per indicare la qualità dell'insieme dei servizi sociosanitari: bassi valori rappresentano *disempowerment* e bassa qualità. In generale, la centralità strategica del percorso nascita risiede nella possibilità di sviluppare con il più alto rendimento attività di promozione della salute, non solo perché si ha a che fare nella maggioranza dei casi con fenomeni fisiologici, ma soprattutto perché **si ha in assoluto la maggiore disponibilità a riconsiderare il proprio modo di vivere**, per assicurarsi il migliore successo dell'impresa che si è deciso di vivere. Le donne smettono di fumare, si interrogano sull'alimentazione e la migliorano, giusto per fare degli esempi. Per inciso va detto che le nostre ricerche indicano che l'allattamento al seno è un potente fattore protettivo dalla ripresa del fumo: più prolungato è l'allattamento, più lungo il periodo di astensione, maggiore la probabilità di smettere definitivamente di fumare. La persistenza dell'allattamento al seno rappresenta un'espressione di capacità autonoma di controllo sulla salute, pertanto se l'insieme dei servizi sociosanitari contribuisce a favorire o inibire l'espressione di tale competenza, la qualità degli indicatori sull'allattamento rappresenta il livello di qualità di tutto il percorso nascita e, vista la sua centralità strategica, il livello di qualità dei servizi sanitari e, di conseguenza, della civiltà di un Paese.

Di seguito i risultati dei due studi condotti dall'ISS:

Allattamento al seno (% non pesate) alla dimissione e al follow up nelle due indagini

Modalità di allattamento al seno	Al parto*		A 3 mesi		A 6 mesi		A 12 mesi	
	Prima indagine**	Seconda indagine***	Prima indagine**	Seconda indagine***	Prima indagine**	Seconda indagine***	Prima indagine**	Seconda indagine***
Esclusivo	59,9	63,9	50,8	53,3	9,1	7,4	0,6	0,5
Predominante	11,9	7,8	7,2	6,9	1,9	1,4	0,2	0,1
Complementare	20,0	20,5	14,3	14,2	46,5	50,6	31,0	37,1
No seno	8,1	7,8	27,8	25,6	42,5	40,6	68,2	62,3

(*) Nelle 24 ore precedenti l'intervista realizzata in genere entro 3-4 giorni dal parto; (**) Prima indagine: 2008-09; (***) Seconda indagine: 2010-11

L'Istituto dell'Adozione è un capitolo complesso e delicato, non solo del diritto italiano, ma soprattutto della vita familiare della coppia che si appresta ad adottare un minore. Indipendentemente dalle motivazioni che spingono una coppia a percorrere questa strada di gioia ma anche di difficoltà, il percorso verso la genitorialità è in grado di suscitare emozioni, vissuti, dinamiche familiari complesse e diverse da caso a caso⁴.

La Legge 4 maggio 1983, n.184 regola i requisiti sia per l'adozione nazionale sia per quella internazionale.

In Italia, nel 2007 sono state concesse 1.815 adozioni nazionali (rispetto alle 1.575 del 2003) e 2.474 adozioni internazionali (con un incremento del 7,6% rispetto al 2003).

Depressione

In Europa, il solo disturbo depressivo maggiore rende conto del 6% del carico (burden) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, attualmente questo disturbo è al terzo posto in ordine di importanza per il carico che provoca e, se non verrà contrastato, salirà al secondo entro il 2020 e al primo entro il 2030. Da un punto di vista di salute pubblica, quindi, il disturbo depressivo maggiore costituisce uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio sanitario nazionale.

La popolazione femminile è particolarmente interessata da questo problema, la prevalenza del disturbo depressivo maggiore in età adulta è del 10-25% nelle donne e del 5-12% negli uomini (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV edition).

Tra le donne 18-49enni residenti nella nostra Azienda, nel periodo 2008-2011, l'11% di esse riferisce sintomi di depressione⁵.

Il periodo perinatale, per la complessità delle modificazioni che l'assunzione del ruolo genitoriale comporta sul piano biologico, psicologico e sociale è riconosciuto come un periodo di aumentato rischio per l'esordio o la reiterazione di un disagio psichico (Royal College of Psychiatrist, CR88, 2000). La letteratura stima intorno al 12% la prevalenza di disturbo depressivo maggiore in gravidanza (18% se si considera anche il disturbo depressivo minore, Gavin et al. 2005), mentre in epoca post natale la prevalenza della depressione si aggira intorno al 10-15 % nelle società economicamente avanzate (O'Hara, Swain, 1996), fino a raggiungere il 40% in contesti socioeconomici disagiati (WHO and UNFPA 2009).

In aggiunta una ulteriore percentuale di neo madri soffre di stati depressivi che non soddisfano per intero i criteri previsti per l'episodio depressivo maggiore, ma è dimostrato che le conseguenze di tale condizione non sono meno invalidanti per la salute della donna e per lo sviluppo del bambino (Weinberg et al. 2001, Goodman, Tully, 2009). Anche la prevalenza dei disturbi d'ansia, spesso in associazione con sintomi depressivi, si dimostra aumentata nel periodo perinatale (Ross, Mc Lean, 2006; Vita et al., 2011).

La letteratura evidenzia come la presenza di sintomi depressivi e ansiosi si associ a scarsa attenzione materna alla salute propria e del feto (Lindgren, 2001) ed esiti negativi della gravidanza e del parto (aumentato rischio di parto pretermine, basso peso alla nascita e pre-eclampsia). La presenza di uno stato depressivo materno post natale inoltre si associa a possibili ritardi dello sviluppo cognitivo, della regolazione emotiva e dell'apprendimento scolastico nei bambini e

⁴ Tratto da <http://www.tribunaledeiminori.it/adozione.php>

⁵ Il Sistema di sorveglianza Passi prende in considerazione i sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2) strumento di screening derivato dal Patient Health Questionnaire-9 con soddisfacente sensibilità e specificità. In ambito clinico il Phq-2 consente di individuare le persone con probabile disturbo depressivo da indirizzare ai servizi specialistici, unico contesto possibile per fare diagnosi di un disturbo depressivo. In ambito di sorveglianza il Phq-2 consente di individuare le persone con probabile disturbo depressivo, misurarne la prevalenza e l'associazione con determinanti, patologie croniche e rischi comportamentali.

maggior rischio depressivo in adolescenza (O' Connor e coll., 2002; Field e coll., 2006; Murray, 2011).

La rilevazione di tale condizione patologica risulta problematica, in ordine a due elementi di forte criticità:

1) mascheramento della condizione di disagio da parte della donna.

2) limitate competenze degli operatori dell'area materno infantile nel riconoscere il problema.

Relativamente al punto 1, si stima che la condizione di sofferenza psichica rimanga sommersa nel 50% dei casi, poiché la donna si percepisce come madre inadeguata, sviluppando sensi di colpa che la portano a negare il bisogno di aiuto e a mascherare il proprio stato. Tale difficoltà a riconoscere il proprio disagio costituisce un elemento di svantaggio nella possibilità di accedere alle cure tempestivamente. Inoltre la depressione in epoca perinatale si caratterizza per la forte compresenza nel quadro eziopatogenetico di fattori di rischio psichici associati a fattori di rischio psicosociali (assenza di sostegno sociale, isolamento, difficoltà economiche); tale associazione è un ulteriore elemento aggravante la difficoltà di accesso alle cure.

Relativamente al punto 2, i risultati di alcune indagini dimostrano come la depressione venga riconosciuta solo in minima parte dagli operatori dell'area perinatale: nello studio di Marcus e collaboratori (2003) è emerso come nell'ambito delle visite di routine solo il 13.8% delle donne con sintomi depressivi venga individuato dagli operatori e inviato ai servizi di competenza. Considerata l'incidenza del disagio psichico perinatale, le importanti conseguenze negative sul benessere complessivo della famiglia e la necessità di far emergere il bisogno che troppo spesso rimane sommerso, si delinea con sempre maggiore chiarezza la necessità di predisporre programmi di intervento, attuati tramite un'offerta attiva, in grado di raggiungere una larga fascia di popolazione interessata dal problema, ai fini della riduzione del rischio psicopatologico.

In questo senso i maggiori esperti dell'area raccomandano che, nell'ambito delle politiche sanitarie, un'attenzione specifica sia posta sulla salute mentale nel periodo che si estende dal concepimento ad un anno dopo il parto (CR88, 2000). La promozione della salute mentale perinatale è fortemente raccomandata da due tra le più importanti associazioni dei ginecologi e dei pediatri: l'American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG, 2006) e l'American Academy of Pediatrics (AAP, 2010), con indicazione che nell'ambito dell'assistenza di base venga effettuata una valutazione di routine del benessere psicologico materno, che comprenda la rilevazione dei sintomi depressivi e dei fattori di rischio psicosociale, tramite lo svolgimento di una accurata anamnesi e la somministrazione di questionari standardizzati.

A tale riguardo sono state messe a punto linee guida (CR88, 2000) e modelli di intervento, in grado di individuare precocemente le donne a rischio, predisporre adeguate misure di trattamento e ridurre le possibili conseguenze sullo sviluppo psichico infantile (Ammaniti et al. 2006; Priest et al. 2008).

3.2 Dall'informazione all'azione: le schede progetto

La sfida per questo triennio è quella di saper leggere i cambiamenti in corso e trovare strategie per sostenere realmente i bisogni delle persone e delle famiglie, trovando risposte adeguate nell'integrazione delle risorse e dei percorsi, nell'informazione e nella partecipazione dei cittadini.

I progetti che fanno parte di questa area possono essere raggruppati in **tre principali aree di attività o "programmi"**

1. Presa in carico del disagio negli adolescenti e prevenzione dei concepimenti indesiderati nelle minorenni
2. Prevenzione e presa in carico precoce del disagio materno nel periodo perinatale
3. Sostegno alla genitorialità (genitori di minori disabili, genitori adottivi, genitori con figli minori che fanno uso di sostanze).

Di seguito si riportano le schede dei progetti.

Stiamo crescendo ... parliamone

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Progetto di educazione all'affettività e alla relazione in collaborazione con insegnanti e genitori nelle classi quinte della scuola primaria.

Il progetto, che nello scorso anno scolastico ha coinvolto 74 scuole per un totale di 2794 alunni, prevede un lavoro di programmazione tra operatori e insegnanti, un incontro con i genitori e una serie di incontri nelle classi (non inferiore a 2 per classe) effettuati da Assistenti Sanitari e Medici Scolastici. Gli incontri con i ragazzi vertono su una riflessione relativa all'apparato riproduttore ed a tutti i cambiamenti tipici della pubertà, che vengono svolti con una metodologia partecipativa del gruppo classe.

Beneficiari :

Target primario: alunni classi quinte scuola primaria

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva :famiglie e insegnanti

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti :

Fornire un vocabolario scientifico, adeguato all'età, per introdurre gli argomenti relativi alla sessualità umana

Conoscere i cambiamenti fisici e psicologici in atto per affrontare positivamente le trasformazioni della pubertà

Creare uno spazio di riflessione e discussione sui propri cambiamenti

Stimolare nei bambini una riflessione sull'influenza che la cultura esercita nella definizione dei ruoli sessuali

Servizi aziendali coinvolti: S. C. Assistenza Consultoriale – MPCEE

Partners esterni coinvolti: scuola

Modalità e strumenti di comunicazione: incontri con genitori e report finale del progetto

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Nr. Scuole coinvolte	74	Almeno 50	Mantenimento	Mantenimento
Nr alunni	2794	Almeno 2000	Mantenimento	Mantenimento
Questionari "coinvolgimento genitori"	Consegna 100%	Ritorno 80%	Mantenimento	Mantenimento
Questionario gradimento alunni	Consegna 100%	Ritorno 90%	Mantenimento	Mantenimento
Valutazione gradimento alunni	Consegna a tutti gli alunni	90% gradimento positivo	Mantenimento	Mantenimento

Responsabile Progetto: S.C. Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Claudia Marchese

“Piccoli e grandi per crescere insieme” : corso di educazione affettiva-relazionale-sessuale

Breve descrizione dell'intervento realizzato :

Introduzione ed educazione all'affettività e alla sessualità, in collaborazione con insegnanti e genitori, a cura degli operatori S.C.Assistenza Consultoriale/M.P.C.E.E (assistenti sanitari e medici scolastici). Il progetto , che ha coinvolto nello scorso anno scolastico 2011/2012 48 scuole per un totale di 129 classi e 2962 alunni, prevede nella fase iniziale uno o più incontri con docenti e genitori al fine di attivare un dialogo più proficuo con i ragazzi e per garantire una congruenza nell'informazione da parte delle varie agenzie educative che hanno il compito di lavorare assieme su obiettivi condivisi. A questa prima fase segue una serie di incontri nelle classi (non inferiori a due per classe) in cui si offrono ai ragazzi informazioni semplici e chiare su aspetti dell'anatomia e della fisiologia della sessualità; si lavora sui vari aspetti dello sviluppo con particolare attenzione agli elementi emotivi e relazionali dell'età adolescenziale coinvolgendo attivamente i ragazzi offrendo loro uno spazio di confronto dove possano esprimersi sulle loro esperienze sperimentando elementi di crescita relazionale.

Gli incontri con i ragazzi nelle classi, vengono svolti dagli operatori S.C.Assistenza Consultoriale/MPCEE e generalmente sono effettuati senza la presenza dell'insegnante per garantire una maggiore libertà di coinvolgimento dei ragazzi. In alcuni casi non è da escludersi la presenza del docente ove sia espressamente chiesta dal Dirigente scolastico e/o dagli alunni . In questo caso, i docenti partecipano all'incontro in veste di osservatori.

Beneficiari

Target primario: alunni classi terze scuola primaria di secondo grado

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: famiglie e insegnanti

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Offrire ai ragazzi uno spazio rassicurante e positivo per:

- Intraprendere un confronto ed una riorganizzazione delle conoscenze sul tema del cambiamento (cambiamenti fisici-relazionali e di pensiero)
- Riflettere su libertà- responsabilità- rispetto di se e dell'altro
- Imparare ad ascoltare e a dare un nome alle proprie emozioni

Servizi aziendali coinvolti:

S.C.Assistenza Consultoriale (MPCEE)

Partners esterni coinvolti:

Scuola

Modalità e strumenti di comunicazione:

Report finale del progetto

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Questionario "coinvolgimento genitori"	Consegna 100%	Ritorno 80%	Ritorno 80%	Ritorno 80%
Questionario gradimento alunni	Consegna 100%	Ritorno 90%	Ritorno 90%	Ritorno 90%

Questionario gradimento alunni		90% gradimento positivo	90% gradimento positivo	90% gradimento positivo
Numero scuole coinvolte	48	40	Sostanziale mantenimento dato	Sostanziale mantenimento dato
Numero alunni coinvolti	2900	2000	Sostanziale mantenimento dato	Sostanziale mantenimento dato

Responsabile del progetto: S.C. Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Ivana Stenghele

Crescere nel corpo e nella mente (promozione al benessere in adolescenza)

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Il progetto, attivo da anni ha coinvolto annualmente una media di circa 6000 studenti sia in merito ai temi della contraccezione, della procreazione responsabile, della prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse sia in merito alle problematiche più ampie del disagio adolescenziale. Esso è finalizzato a promuovere il benessere nei ragazzi dai 14 ai 18 anni relativamente alla sfera affettiva, relazionale e sessuale offrendo gli strumenti necessari per una maggiore consapevolezza del proprio intrinseco valore nel rispetto di se' e dell'altro.

Attraverso l'approfondimento delle conoscenze sulla contraccezione si vuole inoltre prevenire i comportamenti sessuali a rischio con particolare riferimento alle gravidanze indesiderate in età precoce e alle malattie sessualmente trasmissibili. Gli incontri vengono svolti dalle seguenti figure professionali del Centro Giovani: Assistenti Sanitaria, Assistente Sociale, Medico, Ostetrica e Psicologo che hanno seguito fin dal 2009 un percorso formativo ad hoc al fine di raggiungere una maggiore omogeneità metodologica di intervento nelle Scuole secondo il modello di ricerca-azione. Inoltre dall'anno 2010 si sono aggiunti anche nuovi percorsi formativi riguardanti il Progetto Ministeriale "Guadagnare Salute in Adolescenza" che hanno ulteriormente arricchito il bagaglio formativo degli operatori.

In questo modo è stato potenziato il valore della multi professionalità passando dalle buone pratiche alle pratiche pensate "su misura" per la promozione alla salute e il benessere negli adolescenti.

Il Progetto è stato inserito nel POF, a partire dal 2009, in un sempre maggior numero di Scuole Superiori di II° grado.

Tenuto conto delle più recenti evidenze in merito alla comunicazione efficace verso gli adolescenti e del ruolo degli insegnanti come "moltiplicatori dell'azione preventiva", a partire dal 2013 il progetto viene riformulato prevedendo le seguenti azioni:

- a) presentazione annuale del progetto all'USR/USP con pubblicizzazione nel sito web <http://www.istruzioneeliguria.it/> e nel sito Asl del Centro giovani <http://www.centrogiovani.asl3.liguria.it/> nonché nella pagina Facebook del Centro Giovani : <https://www.facebook.com/CentroGiovaniAsl3> seguito da incontro preliminare con i referenti alla salute e/o i dirigenti scolastici delle scuole superiori di II° grado di Genova
 - b) informazione/sensibilizzazione degli insegnanti finalizzata alla realizzazione di attività curricolari su temi inerenti la salute e il benessere oltreché l'eventuale approfondimento di tematiche da riproporre nella classe.
 - c) incontri degli operatori coi ragazzi delle Scuole Superiori di II° grado.
- Metodologia di intervento col gruppo classe :** INTERATTIVA sempre più in linea con le nuove metodologie di promozione alla Salute Nazionali di ricerca-azione (Peer education, media education, focus group, , brain-storming, role-playing, domande libere, discussione a tema, schede di attivazione....)

Beneficiari

Target primario : alunni delle classi prime e seconde scuola secondaria di secondo grado, enti formativi, comunità socio educative .

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: Insegnanti aderenti al progetto, educatori

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- Aumento conoscenze e competenze nel campo della salute e del rischio negli adolescenti partecipanti al progetto lavorando in sinergia con operatori di Servizi e Agenzie che si occupano di adolescenza
- Implementare la conoscenza dei servizi dedicati agli adolescenti al fine di migliorare lo stato di salute della popolazione adolescenziale di Genova
- Aumento conoscenze e competenze degli insegnanti nel campo della salute e del benessere adolescenziale

Servizi aziendali coinvolti:

S.C.Assistenza Consultoriale, Centro Giovani – Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze – S.S. Relazioni esterne – U.R.P.

Partners esterni coinvolti: – Ufficio Scolastico Regionale – Ufficio Scolastico Provinciale- Scuole Superiori di II° grado del territorio di Genova-

Enti formativi - Comunità Socio-Educative

Modalità e strumenti di comunicazione: Locandine e pieghevoli, sito web <http://www.centrogiovani.asl3.liguria.it/> pagina Facebook <https://www.facebook.com/CentroGiovaniAsl3>; con pubblicizzazione nel sito web USR/USP <http://www.istruzioneeliguria.it/>

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero scuole (Super.di II° grado) e Studenti coinvolti	Nel 2012 gli incontri hanno coinvolto 6319 studenti in 52 scuole	Almeno 3000 studenti di 30 scuole	costante	costante
Numero insegnanti coinvolti	50	80	costante	costante
Incremento accessi al Centro Giovani	2073 utenti	+3%	costante	costante
Nr di "mi piace"/accessi pagina FB	21	Almeno 120	Almeno 200	Almeno 300
Percentuale di gradimento (valutazione attraverso i questionari)	Non rilevato	90%	costante	costante

Responsabile del progetto: S.C. Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Lia Finzi

Centro Giovani: accogliere l'adolescente

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Il Centro Giovani della S. C. Assistenza Consultoriale (articolato su due Poli: Centro-Levante e Ponente) è uno "spazio di accoglienza" rivolto a ragazzi e ragazze dai 14 ai 21 anni che possono accedere per: contraccezione, visite ginecologiche, disagio psicologico e per problemi nei rapporti con il proprio/la propria partner, con gli amici, con i genitori, con la scuola; lo spazio si configura inoltre come primo accesso anche per problematiche legate alla sfera sessuale, alle dipendenze e ai disturbi del comportamento alimentare.

Nel Centro Giovani l'accesso è gratuito e senza appuntamento nei giorni e negli orari previsti : ogni informazione può essere reperita sul sito web: <http://www.centrogiovani.asl3.liguria.it/> o sulla pagina Facebook

<https://www.facebook.com/CentroGiovaniAsl3>

Questo spazio dedicato all'accoglienza è finalizzato all'ascolto e alla lettura dei bisogni espressi e non espressi degli adolescenti, con eventuale invio, se necessario, a specialisti dell'equipe Centro Giovani o ad altri servizi aziendali e/o ad agenzie esterne territoriali.

Beneficiari

Target primario: ragazzi dai 14 ai 21 anni

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : famiglia, gruppo dei pari, scuola, operatori della ASL e delle agenzie territoriali.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti:

- Garantire nella prima accoglienza un tempo di ascolto che permetta di evidenziare la domanda dell'adolescente e il disagio portato, migliorando l'accessibilità e l'offerta attiva del servizio.
- Fornire informazioni sulla contraccezione, prevenzione dei comportamenti a rischio, IVG, MST e più in generale corretti stili di vita..

Servizi aziendali coinvolti: S.C. Assistenza Consultoriale , Settore relazioni esterne –URP

Partners esterni coinvolti: DSM; CDA; Medici di Medicina Generale ; Servizi Ospedalieri e Pronto Soccorso; USR ; USP ; Scuole Secondarie di I° e II° grado. ATS. Centri Socio educativi e di volontariato. Centri per l'Inserimento lavorativo provinciali/regionali; Servizi della giustizia minorile

Modalità e strumenti di comunicazione: Locandine e pieghevoli , incontri di Promozione al Benessere in adolescenza nelle Scuole superiori di I° e II° grado, attraverso il sito web <http://www.centrogiovani.asl3.liguria.it/> e la pagina Facebook <https://www.facebook.com/CentroGiovaniAsl3>

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Accessi	2136	+3%	Sostanziale mantenimento	Sostanziale mantenimento
Accesso alla pagina F.B	21	120	250	500

Responsabile del progetto: S.C. Assistenza Consultoriale – Centro Giovani

Referente del progetto: Silvana Raineri – Isabella Scopsi

Centro Giovani: ascolto genitori di adolescenti

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Lo spazio "Ascolto genitori di adolescenti" è offerto all'interno del Centro Giovani, struttura appartenente alla S.C. Assistenza Consultoriale di ASL Genovese, è sovra zonale rispetto ai due poli Centro Giovani Levante e Ponente. L'accesso si trova nella sede del Centro Giovani Levante. Nasce da un bisogno colto dagli stessi adolescenti, genitori e insegnanti. L' "Ascolto genitori di adolescenti" è un'offerta importante di ascolto e di counseling sulle difficoltà che i genitori incontrano nella crescita dei propri figli.

Si stabilisce una relazione di aiuto tra operatore e genitori, atta all'individuazione di ciò che causa malessere e accompagnamento alla sua risoluzione.

L'accesso è gratuito, con appuntamento e un pomeriggio viene offerto ad accesso spontaneo.

Operatori dedicati: 2 Assistenti Sanitari, una dedicata a tempo pieno per il "Centro Giovani" l'altra a supporto per il pomeriggio dell'accesso spontaneo.

Specifico invio a specialisti dell'équipe o altri servizi aziendali territoriali, là dove si ritiene necessario.

Beneficiari

Target primario: Genitori di adolescenti tra i 14 ai 21 anni.

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: lavoro, adolescenti, scuola.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti:

-Miglioramento della relazione/comunicazione e contratto, genitori tra loro, genitori e figli, genitori e scuola.

-Stili di vita famigliari.

Servizi aziendali coinvolti:

Operatori dei Consulori Familiari della S.C. Assistenza Consultoriale, Laboratorio dei conflitti, D.S.M., S.E.R.T., S.S. Relazioni Esterne

Partners esterni coinvolti:

Scuole Secondarie di I° e II° grado, A.T.S., C.D.A., U.S.P., Centri socio educativi e di volontariato, Isforcoop e Centri Educativi al Lavoro

Modalità e strumenti di comunicazione:

Colloquio/counseling, tecniche Rogersiane, Berniane (Analisi Transazionale).

Incontri con il gruppo classi 2° Scuole II° grado e Assemblee di Istituto, Insegnanti Referenti alla salute, Presidi Scuole II°

Strumenti: Segreteria telefonica con possibilità di messaggio (24 ore)

Brochure aziendali: http://www.centrogiovani.asl3.liguria.it/pdf/segnalibro_spaziogenitori.pdf

Uso rilevante della posta elettronica aziendale nel mantenimento della relazione con i genitori

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Accessi	179	+ 10%	Mantenimento dell'attività	Mantenimento dell'attività

Responsabile del progetto: S.C. Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Enrica Colvara

Centro Giovani: il disagio psicologico dell'adolescente

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Il Centro Giovani della S. C. Assistenza Consultoriale (articolato su due Poli: Centro-Levante e Ponente) è un servizio gratuito, ad accesso libero, rivolto a ragazzi e ragazze dai 14 ai 21 anni, che intercetta il disagio adolescenziale dalle semplici manifestazioni fisiologiche di "crisi" di crescita alle situazioni più complesse con precoci segnali di disturbo psicopatologico. Il Centro Giovani garantisce, se necessario, una presa in carico psicologica e neuropsichiatrica dell'adolescente attraverso: colloqui, consultazioni, psicoterapie brevi individuali da parte degli Specialisti del Centro Giovani, eventuale prescrizione farmacologica da parte del neuropsichiatra infantile (previo accordo con la famiglia per i minorenni). Eventuale coinvolgimento dei genitori nella lettura del problema e nella restituzione (previo accordo con l'adolescente).

L'equipe specialistica si avvale di una supervisione mensile per la discussione e condivisione delle situazioni cliniche complesse.

Beneficiari

Target primario: adolescenti 14-21 anni

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: famiglia, gruppo dei pari, scuola

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Garantire questo spazio di cura psicologica al fine di prevenire comportamenti a rischio lesivo per se' e per gli altri e/o aggravamenti della psicopatologia nel corso del tempo.

Servizi aziendali coinvolti:

Centro Giovani S.C.A.C – Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze

Partners esterni coinvolti: DSM; CDA; Medici di Medicina Generale ; Servizi Ospedalieri e Pronto Soccorsi; USR ; USP ; Scuole Secondarie di I° e II° grado. ATS. Centri Socio educativi e di volontariato. Centri per l'Inserimento lavorativo provinciali/regionali; Servizi della giustizia minorile; S.S. Relazioni esterne

Modalità e strumenti di comunicazione:

Spazio "accoglienza" e, spazio genitori del Centro Giovani, locandine e pieghevoli , sito web

<http://www.centrogiovani.asl3.liguria.it/> pagina Facebook <https://www.facebook.com/CentroGiovaniAsl3>

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Prese in carico psicologiche/neuropsichiatriche	150	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Prestazioni psicologiche e neuropsichiatriche	1000	mantenimento	mantenimento	mantenimento

Responsabile del progetto: S.C.Assistenza Consultoriale - Centro Giovani

Referenti del progetto: Elisa Peloso, Maura Timossi

“Uno più uno uguale tre” – Attività del percorso nascita

Breve descrizione dell'intervento realizzato

I Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) sono rivolti alle gestanti negli ultimi mesi di gravidanza, con cadenza settimanale e mirano a fornire:

- 1) un corretto bagaglio informativo sui contenuti relativi alla fisiologia della gravidanza e del parto, alla cura del neonato, agli aspetti legislativi della tutela della gravidanza;
- 2) un apprendimento degli esercizi che si possono fare negli ultimi periodi della gravidanza, in travaglio e in puerperio.
- 3) un luogo di scambio delle esperienze ad alto contenuto emotivo con modalità di condivisione.

In alcuni incontri è prevista la partecipazione del partner poiché è indispensabile il coinvolgimento della figura paterna in un momento così importante come la gravidanza e la nascita di un figlio.

I gruppi del Percorso Nascita sono condotti con modalità interattiva e partecipativa, per questa ragione i gruppi sono composti da un massimo di 10/12 gestanti per favorire l'espressione e l'interazione tra i singoli.

Scopo di tutta quest' area di lavoro è quello di aiutare la donna e la coppia ad affrontare la complessa esperienza della nascita di un figlio e del diventare genitori con consapevolezza, nel rispetto delle diversità, caratteristiche, limiti e risorse individuali, mirando a rafforzare la capacità di operare le proprie scelte con fiducia, condividendo con gli operatori consultoriali le responsabilità, nello spazio temporale che riguarda il periodo “perinatale”.

Nel 2012 il numero totale di donne che hanno partecipato ai gruppi nei Consultori di ASL 3 genovese, è stato di 658. I corsi, che si svolgono in stanze dedicate, sono attivi in tutti i Distretti e sono attuati durante tutto l'anno, tali da garantire a tutte le donne di potervi partecipare indipendentemente dalla data presunta del parto o dalla residenza.

Beneficiari

Target primario: donne in gravidanza

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: familiari, amiche e conoscenti

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- Acquisire conoscenze e informazioni utili al percorso della gravidanza e del parto e promozione dei percorsi dopo-nascita
- Sorveglianza nel corso del triennio, dell'incidenza dei parti cesarei delle donne che partecipano ai CAN

Servizi aziendali coinvolti:

S.C. Assistenza Consultoriale. (operatori Area Nascita)

Partners esterni coinvolti: Presidi Ospedalieri, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Base

Modalità e strumenti di comunicazione:

Sito aziendale, brochure, comunicazione tra donne, informazioni date da operatori dei servizi

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Donne partecipanti ai corsi	658	Almeno 500	Sostanziale mantenimento	Sostanziale mantenimento
Incontro post-nascita per ogni gruppo di preparazione	1	1	1	1
Osservazione del n° dei parti cesarei depurati nella popolazione target del progetto e nella popolazione di riferimento di Asl 3	Dato fino ad oggi non rilevato	Raccolta dati effettuata	Raccolta dati effettuata	Raccolta dati effettuata Report con analisi critica dei dati del triennio e proposta di azioni per il futuro

Responsabile del progetto: S.C.Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Lisa Cacia – Silvana Russo

“Il mio bambino è nato ... e ora? Attività del dopo-nascita”

I gruppi per “neo-genitori” e “ neo-mamme” accompagnano la coppia madre-bambino o la coppia genitori-bambino dal puerperio al primo anno di vita. Vengono svolti presso tutti i Distretti e sono aperti ad un numero di donne che può variare da 10 a 12.

Gli incontri hanno cadenza quindicinale nei primi due-tre mesi, poi cadenza mensile per un totale di 10-15 incontri. La conduzione dei gruppi è di tipo interattivo e partecipativo per favorire lo scambio di esperienze, difficoltà e dubbi tra mamme. Alcuni incontri, gestiti dai pediatri consultoriali, sono finalizzati a fornire informazioni sull'alimentazione, sullo sviluppo psico-motorio, sulle vaccinazioni ecc....

Gli “operatori perinatali”, attraverso la propria esperienza e competenza, che consente loro di condurre un gruppo a così elevato contenuto emotivo, favoriscono l'instaurarsi di una buona relazione primaria mamma-bambino.

I gruppi dopo nascita così strutturati permettono la condivisione e il superamento delle iniziali difficoltà e ansie legate alla cura di un neonato; inoltre consentono di individuare, contenere e, quando necessario, inviare a figure specialistiche gestanti, neo-mamme o coppie che manifestano bisogni specifici.

Ai gruppi per “neo-genitori” e “ neo-mamme” si affiancano gli spazi di Sostegno all'Allattamento, l'”S.O.S. telefonico”, i Corsi di Massaggio al neonato e, quando necessario, consulenze del pediatra e dello psicologo.

Nello scorso anno il numero totale di donne che hanno partecipato ai gruppi e alle attività del dopo nascita è stato di 494.

Beneficiari

Target primario: mamme e/o coppie con bimbi nel primo anno di vita

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: nidi, PLS, presidi ospedalieri, punti nascita.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- Creare dei gruppi di neo-mamme/ e o coppie per rafforzare la costituzione del ruolo materno/paterno, la coppia genitoriale e i cambiamenti di vita che l'arrivo di un figlio comporta.

Servizi aziendali coinvolti: S.C.Assistenza Consultoriale (operatori Area Nascita), Pediatri di Libera Scelta, Presidio ospedaliero

Partners esterni coinvolti: Aziende Ospedaliere cittadine

Modalità e strumenti di comunicazione:

Informazione alle mamme frequentanti i corsi pre-nascita e passaparola fra neo mamme

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Target raggiunto	494	Almeno 400	Mantenimento	Mantenimento
Nr incontri dopo nascita	177	Almeno 150	Mantenimento	Mantenimento

Responsabile del progetto: S.C. Assistenza Consultoriale Angela Lidia Grondona

“Quando... Come ... Perché... Allattare”

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Nei corsi di preparazione alla nascita si promuovono momenti dedicati all'allattamento al seno:

- Sostegno individuale
- sostegno allattamento (gruppi)
- gruppi dopo-nascita

La protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento sono un diritto delle mamme, un diritto dei bambini.

Le azioni volte ad incrementare l'allattamento al seno oltre a produrre benefici nutrizionali favoriscono la relazione madre-bambino.

Lo spazio dedicato all'allattamento si occupa anche di tutte le mamme che nutrono il loro bambino con l'allattamento artificiale,

Beneficiari

Target primario: neo-mamme

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: familiari e future mamme

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Promozione della salute della neomamma e del proprio bambino attraverso la promozione dell'allattamento esclusivo al seno per almeno 6 mesi.

Servizi aziendali coinvolti: S.C. Assistenza Consultoriale, PLS, Ospedali Asl 3 Genovese

Partners esterni coinvolti: Aziende Ospedaliere, Medici di Base, Pediatri di Libera Scelta

Modalità e strumenti di comunicazione:

gruppi di mamme in gravidanza

materiale informativo

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Neomamme che frequentano i gruppi di sostegno all'allattamento al seno	70	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Sorveglianza della durata dell'allattamento al seno esclusivo per almeno 6 mesi in un Consultorio di Distretto	Non presente	Raccolta del dato, a 6 mesi di distanza, su almeno il 70% delle mamme frequentanti	Raccolta del dato, a 6 mesi di distanza, su almeno il 70% delle mamme frequentanti.	Raccolta del dato, a 6 mesi di distanza, su almeno il 70% delle mamme frequentanti Reportistica

Responsabile del progetto: S.C. Assistenza Consultoriale Angela Lidia Grondona

Il "Tocco gentile"

Breve descrizione dell'intervento

Il Corso di massaggio rientra nell'offerta delle attività del dopo nascita: è un importante momento per la coppia mamma-bambino poiché il massaggio, o "tocco gentile", rappresenta un valido strumento che facilita l'instaurarsi e il lento consolidarsi della relazione primaria e rinforza il legame di attaccamento.

Attraverso i cinque sensi il neonato matura delle competenze relazionali indispensabili per il processo di attaccamento; infatti è di primaria importanza l'aspetto relazionale di tale attività in quanto ogni bambino ha la capacità di essere un elemento attivo nel creare un legame affettivo con chi lo accudisce e il massaggio è un'opportunità per favorire questa sua capacità propositiva.

Il massaggio al neonato è inoltre uno strumento valido anche per alcune lievi problematiche quali coliche gassose e disturbi del ritmo sonno-veglia ecc

Nei corsi massaggio si offre uno spazio per condividere e sperimentare, non si insegna una tecnica, ma si aiuta la mamma ad osservare e "toccare" il bambino valorizzando la comunicazione che si instaura nel contatto tattile.

Ulteriori scopi del "Massaggio al neonato" sono il supporto delle mamme nella relazione col figlio, il sostegno, la valorizzazione delle funzioni e delle competenze genitoriali e l'occasione per cogliere i primi segni di maternity blues e di depressione post-partum.

I corsi del tocco gentile al neonato hanno delle caratteristiche peculiari e fisse: sono effettuati con gruppi chiusi, con un massimo di partecipanti (6-7), con frequenza settimanale, per un impegno di 5 incontri.

Se a partecipare sono entrambe le figure genitoriali, potranno alternarsi un incontro ciascuno nel massaggiare il bambino.

Nello scorso anno il numero totale di donne che hanno partecipato col proprio bambino ai gruppi di massaggio sono 1018.

Beneficiari

Target primario: mamme e/o coppie con bimbi nel primo anno di vita

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: papà, PLS, nidi, amiche della mamme

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Instaurare un legame affettivo più intenso col proprio bambino, ed acquisire la capacità di riconoscerne i bisogni, sia fisiologici che psichici ed emozionali.

Servizi aziendali coinvolti: S.C.Assistenza Consultoriale, Presidi Ospedalieri

Partners esterni coinvolti: Aziende Ospedaliere Genovesi, PLS.

Modalità e strumenti di comunicazione: sito aziendale, brochure.

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Target raggiunto	1018	Almeno 800	Mantenimento	Mantenimento
Questionario di gradimento	Dato fino ad oggi non rilevato	Gradimento di almeno il 60%	Mantenimento	Mantenimento

Responsabile del progetto: S.C.Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Mariangela Raso – Gemma Raggio

“Mamme oltre ... il blu” Maternità fragile: studio sull’efficacia di un modello di intervento volto alla prevenzione secondaria del disagio psichico perinatale ed alla prevenzione primaria delle disarmonie dello sviluppo infantile”

Il Progetto interregionale che mette in collaborazione PLS e Consultori di ASL 3 e ASL 5 della Regione Liguria, (oltre che alla Regione Lazio e alla Regione Lombardia e Università degli studi di Brescia), si pone come scopo quello di rilevare, attraverso uno screening nel post-partum attuato dai PLS con la somministrazione di EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et all. 1987)) al primo bilancio di salute, situazioni di maternità fragile.

Sulla base del profilo di rischio, sarà possibile modulare un intervento multidimensionale personalizzato, con azioni diversificate a bassa ed alta intensità valutando in quali casi somministrare interventi di sostegno alla genitorialità nell’intento di promuovere positivi stili di parenting.

Tali interventi saranno modulati in base al progetto condiviso dall’equipe multiprofessionale formata dagli operatori della rete dei servizi.

Le azioni previste saranno:

- offerta delle attività dei corsi dopo-nascita
- home-visiting
- supporto relazione madre-bambino
- massaggio al neonato
- sostegno allattamento

Saranno inoltre predisposti interventi di supporto psicologico individuale e di gruppo per donne con disagio emotivo

Beneficiari

Target primario: neo- mamme e neonati

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: papà

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- Individuare precocemente le situazioni di maternità fragile attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati
- Invio delle mamme individuate come fragili alle strutture in cui si svolgono le azioni previste dal progetto

Servizi aziendali coinvolti: PLS e S.C.Assistenza Consultoriale (operatori Area Nascita)

Partners esterni coinvolti: Università La Sapienza di Roma, Università di Brescia, ASL 5 Spezzina

Modalità e strumenti di comunicazione: quelle del progetto dedicato

INDICATORI	VALORE DELL’INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Presentazione del progetto a tutti i soggetti coinvolti		1 incontro		
Adesione al progetto di almeno un pediatra per Distretto da parte dei PLS		Almeno 6	Mantenimento	Mantenimento
Somministrazione di EPDS da parte dei PLS aderenti		Almeno 10% delle neomamme di ogni PLS	Almeno 50% delle neomamme di ogni PLS	Almeno 50% delle neomamme di ogni PLS

Mamme inviate dai PLS e prese in carico dal Consultorio		50% delle valutazioni indicative per trattamento	80% delle valutazioni indicative per trattamento	80% delle valutazioni indicative per trattamento
---	--	--	--	--

Responsabile del progetto: S.C.Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Lisa Cacia – Giorgio Conforti

Mutilazioni genitali femminili: quando la donna ha diritto di tradire le tradizioni

Breve descrizione dell'intervento realizzato

La legge **01/2006, n. 7** prevede il divieto di praticare le mutilazioni genitali femminili considerandole un grave reato, punito severamente. È necessario pertanto fare opera di sorveglianza e prevenzione soprattutto nei confronti delle figlie delle donne che le hanno già subite nel loro Paese di origine.

Nel dicembre del 2007 vengono elaborate le **Linee guida**, strumento per le Regioni per attivare sul territorio tutte le iniziative volte alla formazione del personale sanitario per la prevenzione della diffusione delle MGF.

Gli obiettivi generali ai quali fanno riferimento le Linee Guida sono: l'affermazione del rispetto della donna come persona, della sua dignità, del diritto all'integrità del suo corpo, alla salute, all'esercizio delle libertà fondamentali. Il problema delle MGF è costituito da due parti interdipendenti e di pari importanza: una di carattere socio-antropologico, che introduce alla tematica delle MGF, illustrandone le profonde motivazioni psicologiche, economiche, sociali e culturali, l'altra costituita da indicazioni di tipo relazionale e medico-sanitarie per operatori sanitari ed operatori sociali che, nell'esercizio della loro professione, si imbattono in queste problematiche.

La popolazione straniera proveniente dai Paesi a tradizione escissoria presente nella Regione Liguria è rappresentata da circa 6000 persone (uomini donne e minori), si intende nel corso del prossimo triennio promuovere un convegno sul tema delle MGF rivolto a: operatori sanitari ospedalieri e del territorio, assistenti sociali, mediatori culturali, operatori del III° settore, insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado, associazioni di volontariato, personale del CDA e CARA, sindacati, forze dell'ordine, strutture penitenziarie, ordini e collegi professionali.

Il convegno intende contribuire all'eliminazione delle pratiche delle Mutilazioni Genitali Femminili nelle comunità che provengono da paesi interessati da tale pratica, creando una coscienza collettiva sulla violazione dei diritti umani e la discriminazione di genere che le MGF comportano.

Beneficiari

Target primario: operatori dei servizi ospedalieri e del territorio, assistenti sociali, mediatori culturali, operatori del III° settore, insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado, associazioni di volontariato, personale del Centro Di Accoglienza (CDA) e Centri di Accoglienza Richiedenti Asilo (CARA), sindacati, forze dell'ordine, strutture penitenziarie, ordini e collegi professionali, studenti corsi delle professioni sanitarie.

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: Operatori sanitari e sociali

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Sensibilizzazione al tema delle mutilazioni genitali attraverso l'organizzazione e realizzazione di programmi di formazione e aggiornamento rivolti a operatori sanitari ospedalieri e del territorio, assistenti sociali, mediatori culturali, operatori del III° settore, insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado, associazioni di volontariato, personale del CDA e CARA, sindacati, forze dell'ordine, strutture penitenziarie.

Servizi aziendali coinvolti: S.C. Assistenza Consultoriale, Presidi Ospedalieri ASL 3,

Partners esterni coinvolti: Università degli Studi di Genova, Scuola, ordini e collegi professionali

Modalità e strumenti di comunicazione: sito aziendale, brochure				
INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Realizzazione di un convegno sul tema delle Mutilazioni Genitali Femminili	Non presente	Organizzazione dell'evento	Realizzazione dell'evento	
Attuazione ADE	Non presente	Contatti con corsi di Laurea delle professioni sanitarie	3	Mantenimento

Responsabile del progetto: S.C. Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Simonetta Scarsi

Kinesi terapia pelvi perineale

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Curare il pavimento pelvico è interesse comune a tutte le donne e riveste particolare importanza nel periodo della gravidanza, durante il parto, nel dopo parto e in menopausa..Il corso prevede un primo colloquio con le donne per valutare, tramite il Pc-Test, la situazione perineale.

Successivamente vengono proposti 10 incontri, con cadenza settimanale.

Ogni incontro include: 1) Informazioni sui fattori di rischio principali, 2) Norme igieniche e comportamentali, 3) Conoscenza delle funzioni principali della muscolatura perineale, 4) Conoscenza teorica dell'anatomia pelvica attraverso disegni e tavole anatomiche, 5) Conoscenza pratica esperienziale attraverso la realizzazione di esercizi specifici e la spiegazione del massaggio perineale. Come conclusione del percorso sono previsti un secondo colloquio individuale con la rivalutazione del Pc-test e Follow-up di controllo a tre mesi. Se viene riscontrata una situazione di patologia tale da richiedere un intervento di secondo livello, la donna sarà invitata a contattare il proprio medico.

Beneficiari

Target primario: Le donne in gravidanza, dopo parto e menopausa..

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: raggiungimento di un'ampia area di popolazione femminile, anche a livello adolescenziale tramite l'utilizzo della Peer- Education.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti:

- Effettuare un intervento di prevenzione primaria e di educazione sanitaria allo scopo di diminuire l'insorgenza dell'incontinenza urinaria cercando di ricorrere ad un minor uso: delle terapie farmacologiche, degli interventi invasivi e dell'utilizzo di presidi adibiti ad essa; diminuendo così i costi del Servizio Sanitario.
- Contribuire al miglioramento della qualità della vita delle donne riavvicinandole al loro corpo per conoscerlo e saperlo utilizzare come risorsa.

Servizi aziendali coinvolti: S.C.Assistenza Consultoriale

Partners esterni coinvolti: Reparti Ostetrici e Centri di secondo livello ospedaliero.

Modalità e strumenti di comunicazione: Informazione diretta nei corsi nascita – Invio da parte dei Ginecologi Consultoriali e delle Ostetriche durante il prelievo per Pap-test o l'esecuzione del Tampone vagino-rettale. Informazione da parte dei Medici di Medicina Generale.

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Nr gruppi di donne	Non presente	1	Mantenimento	Mantenimento
Nr donne che accedono alla terapia	50	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento

Responsabile del progetto: S.C. Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Gemma Raggio

Contenimento IVG ripetute

Breve descrizione dell'intervento realizzato

L'aspetto epidemiologico, ampiamente descritto nell'introduzione del capitolo della Salute Riproduttiva, mette in evidenza che nell'anno 2011, nella Regione Liguria, sono state certificate 3338 IVG: di queste, 1744 (52%) sono state certificate in ASL 3 di cui 789 (45%) certificate nei Consultori. La maggior parte delle certificazioni (746) riguardano donne maggiorenni, mentre 43 riguardano le minorenni

Per quanto riguarda le minorenni si osserva un decremento significativo rispetto al 2010. In un terzo circa delle situazioni si è reso necessario il ricorso all'intervento del Giudice Tutelare, sopra il 50% per le giovani con cittadinanza estera.

Appare rilevante il numero di precedenti interruzioni di gravidanza che vedono in Liguria il 29,3% di donne ricoverate per questa ragione che hanno fatto una o più precedenti IVG. In Italia nel 2009 era il 27,0%. Su questo delicato argomento si rileva che il dato ligure si allinea con quello nazionale.

Risulta importante, in seguito ai dati rilevati, un lavoro molto attento di presa in carico multidisciplinare dal momento della certificazione per accompagnare la donna in questa scelta complessa. Per questa ragione il Consultorio Familiare rimane il luogo di elezione per la certificazione delle donne che manifestano l'intenzione di avvalersi della legge 194 per interrompere la gravidanza. A questo, deve seguire l'attivazione della procedura che prevede la programmazione di un appuntamento successivo all'intervento da fissare al momento della certificazione.

Particolare attenzione va posta nell'accoglienza, accompagnamento e presa in carico successiva delle minorenni che effettuano l'IVG.

Utile è parso nella esperienza della ASL3 orientare sui Centri Giovani questa richiesta. Presso questi Consultori dedicati agli adolescenti è possibile una vera presa in carico multidisciplinare grazie alla presenza costante di Assistente Sociale e psicologo.

Questa maggiore cura sulle giovani pazienti comprende interventi di educazione sessuale, dove possibile alla coppia, la pianificazione contraccettiva successiva all'intervento e l'offerta attiva di sostegno psicologico.

Beneficiari

Donne e adolescenti che richiedono la certificazione per IVG

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Riduzione delle IVG ripetute

Promozione della salute

Servizi aziendali coinvolti: S.C.Assistenza Consultoriale

Partners esterni coinvolti: Ospedali, farmacie, scuola

Modalità e strumenti di comunicazione: sito aziendale, interventi di educazione sessuale nelle scuole

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero donne certificate in consultorio	789	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Sorveglianza delle donne certificate in Consultorio	735	Almeno 70%	Almeno 70%	Almeno 70% Report finale con piano di comunicazione

Numero adolescenti certificate nel Centro Giovani	70	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Sorveglianza delle adolescenti certificate in Consultorio		Almeno 70%	Almeno 90%	Almeno 90% Report finale con piano di comunicazione

Responsabile del Progetto: S.C.Assistenza Consultoriale Angela Lidia Grondona

L'educazione tra pari per la prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse

Breve descrizione dell'intervento realizzato

L'intervento formativo, che rientra nel progetto nazionale di *Guadagnare salute in adolescenza*, si articola in tre fasi: una fase iniziale in cui sono effettuati 2 incontri formativi con 3 insegnanti della scuola aderente al progetto (ITT Montale di Genova Quinto) una fase intermedia in cui viene svolta la formazione dei peer educator con una serie di incontri (14 - 15 incontri) due dei quali svolti sul territorio ligure (incontro con peer senior di Ventimiglia e incontro con esperta della comunicazione multi mediale, presso la sede dell'ASL 1 Imperiese); una terza ed ultima fase che prevede la ricaduta informativa nelle classi seconde a cura dei ragazzi peer, formati dagli operatori del consultorio familiare (psicologo, ginecologa, assistenti sanitarie).

La ricaduta informativa prevede un incontro di circa 2 ore effettuato dai ragazzi peer senza la presenza di docenti e/o operatori Asl e, a seguire un incontro di 2 ore circa, nelle stesse classi , a cura dei 3 docenti formati dagli operatori ASL a sostegno e verifica del lavoro svolto dai ragazzi peer.

Beneficiari

Target primario : alunni classi quarte della scuola secondaria e docenti delle classi coinvolte nel progetto

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : alunni delle classi seconde della scuola secondaria

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- Favorire la partecipazione attiva dei giovani nelle azioni di prevenzione delle M.S.T.
- Formare i peer sui rischi connessi all'attuazione di comportamenti rischiosi e favorire lo sviluppo delle abilità personali.
- Progettare e realizzare iniziative tra pari
- Promuovere la partecipazione degli studenti in ambito scolastico.

Servizi aziendali coinvolti: S.C.Assistenza Consultoriale (Centro giovani)

Partners esterni coinvolti: esperta della comunicazione c/o ASL 1 Imperiese.

Modalità e strumenti di comunicazione: video dei peer

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013 (TEMPI DI REALIZZAZIONE SETT 2012-GIUGNO 2013)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014 (TEMPI DI REALIZZAZIONE SETT.2013-GIUGNO 2014)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Reclutamento ragazzi peer	Popolazione classi quarte Sc.la Montale n.135	Mantenimento dato	Mantenimento dato	Analisi del percorso fatto negli anni precedenti e valutazione di fattibilità del progetto per gli anni successivi
Peer reclutati	n. 16	Mantenimento dato	Mantenimento dato	

Alunni destinatari dell'incontro con i peer educator	Popolazione cl.seconde Sc.la Montale n. 148	Mantenimento dato	Mantenimento dato	
Questionario gradimento alunni sull'intervento dei peer	Consegna 100%	Gradimento positivo 60%	Mantenimento	Mantenimento
Questionario gradimento alunni su video prodotto dai peer	Consegna 100%	Gradimento positivo 60%	Mantenimento	Mantenimento
Numero scuole coinvolte	1	Mantenimento dato	Mantenimento	Mantenimento

Responsabile del progetto: S.C.Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Silvana Raineri e Ivana Stenghele

L'adozione nazionale e internazionale: aspetti giuridici, psicologici e sociali

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Corso di formazione e aggiornamento per gli operatori che lavorano nell'area dell'adozione

Beneficiari

Target primario: operatori dei servizi pubblici regionali; operatori del TM di Genova e degli Enti Autorizzati.

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Migliorare la formazione degli operatori coinvolti nelle adozioni e nel sostegno alla genitorialità adottiva; costruzione di un linguaggio e di una metodologia comuni a livello regionale; miglioramento del lavoro integrato di rete

Servizi aziendali coinvolti: S.C.Assistenza Consultoriale - Nucleo Sovrazonale Integrato Adozioni

Partners esterni coinvolti: Tribunale per i Minorenni di Genova, Distretti Sociali dei Comuni Liguri, Enti Autorizzati che operano nella Regione Liguria.

Modalità e strumenti di comunicazione: Relazioni tenute da esperti del settore; Discussioni di gruppo

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero partecipanti	60	60		

Responsabile del progetto: S.C. Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Viviana Napoli - Anna Frigerio

Incontri informativi e formativi per aspiranti genitori adottivi

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Incontri rivolti alle coppie che desiderano avvicinarsi in modo consapevole all'adozione, confrontarsi sull'eventuale scelta adottiva e contribuire alla diffusione di una cultura per l'accoglienza dei minori. Con un primo finanziamento regionale sono stati realizzati, nel corso degli anni 2011/12 alcuni incontri; con un secondo finanziamento ne sono stati realizzati 1 nel novembre 2012 e 5 nel primo semestre del 2013.

Beneficiari

Target primario: coppie interessate all'adozione
Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti: miglioramento della conoscenza della specificità della genitorialità adottiva, avvio di un processo di riflessione autocritico approfondito, finalizzato ad orientare verso l'adozione solo le coppie che, superando pregiudizi e posizioni ideali, siano maggiormente consapevoli di ciò che l'adozione significa realmente per il bambino e per la famiglia che lo accoglie

Servizi aziendali coinvolti: S.C. Assistenza Consultoriale - S.S. Nucleo Sovrazonale Integrato Adozioni

Partners esterni coinvolti: Regione Liguria; Comuni liguri; Enti nella persona degli operatori delle diverse realtà che si occupano, a livello regionale, di adozioni; borsa di studio assegnata all'Assistente Sociale Dottoressa Valeria Piccione.

Modalità e strumenti di comunicazione: Relazioni con video di supporto; gruppi guidati di confronto e approfondimento

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di coppie partecipanti per ogni incontro	15	20	(Se sarà rifinanziato il progetto) 25	(se sarà rifinanziato il progetto) 30
Gradimento rilevato con il questionario autosomministrato	Media del 80/100	85/100	90/100	90/100
% di coppie partecipanti che non hanno presentato ancora la disponibilità in Tribunale per i minorenni	52/100	60/100	80/100	100/100

Responsabile del progetto: S.C. Assistenza Consultoriale
Referente del progetto: Viviana Napoli

Sessualità negata

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Nelle famiglie e negli educatori dei ragazzi disabili c'è una grande difficoltà nell'affrontare il discorso della sessualità anche perché, nell'immaginario collettivo, i disabili vengono visti come eterni bambini. Non si pensa che queste persone possano avere una propria individualità e una propria autonomia. Spesso le famiglie non sono preparate e hanno paura di affrontare il tema della sessualità. La sessualità è invece un comportamento appreso e come tale va insegnato. E' ovvio che per affrontare il discorso della sessualità con un ragazzo con disabilità ci sono degli strumenti più appropriati rispetto ad altri, ma non bisogna certo non riconoscerla e non spiegarla. Il progetto si propone di affrontare tali problematiche per aiutare le famiglie e gli educatori di ragazzi disabili, è strutturato in 3 incontri di due ore ciascuno con gruppi misti, genitori ed insegnanti; durante gli incontri verranno.

- raccolti i bisogni dei genitori e degli insegnanti attraverso un'attività di brainstorming
- forniti alcuni cenni sulla fisiologia della sessualità dal neonato all'adolescente
- analizzati e discussi i bisogni raccolti attraverso un'attività di confronto diretto con il gruppo
- forniti gli strumenti per una miglior comprensione e gestione della sessualità dell'adolescente disabile.

Ai 3 incontri farà seguito un'attività educativa alla sessualità svolta direttamente con i ragazzi disabili attraverso una rielaborazione del materiale informativo normalmente utilizzato negli incontri con gli adolescenti

Beneficiari

Target primario : le famiglie, gli insegnanti i ragazzi

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : operatori socio assistenziali, operatori socio educativi, affidi educativi

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti Fornire agli adulti gli strumenti per aiutare i disabili ad una crescita e ad una soddisfacente espressione dei propri bisogni sessuali

Servizi aziendali coinvolti: S.C. Assistenza Consultoriale

Partners esterni coinvolti: la scuola, le associazioni di volontariato, i gruppi di auto - aiuto

Modalità e strumenti di comunicazione: predisposizione di materiale informativo cartaceo, sito internet aziendale, eventuali social network

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Incontri insegnanti e genitori	0	3	Mantenimento	Mantenimento
Incontri con i ragazzi	0	3	Mantenimento	Mantenimento

Responsabile del progetto: S.C.Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Caterina Divoto

Fare con ... genitori e bambini disabili

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Quando in una famiglia nasce un figlio con disabilità i genitori vengono proiettati in un mondo pervaso di vissuti angoscianti e frustranti. Delusa l'aspettativa del figlio sano e bello che tutti sognano, subentra uno stato di angoscia originato da propri sensi di colpa e dalla paura che l'unico compito genitoriale sia quello di garantire il massimo dell'assistenza senza alcuna certezza che un domani il proprio figlio possa essere autonomo. Queste paure ricadono sulla coppia che tende all'isolamento, al ripiegamento su se stessa o, peggio ancora, ad andare incontro ad una frattura al proprio interno. La reazione dei genitori è certo in relazione a quanto il problema dei figli scatena in loro, ma anche dalle caratteristiche della relazione e da quanto l'ambiente socio culturale, in cui la coppia stessa è inserita, comporta. Il ruolo genitoriale allora dovrà essere rivisitato, sia nella propria organizzazione interna sia esterna, in quanto sono necessarie nuove conoscenze, lo sviluppo di nuove capacità e certamente sarà indispensabile un sostegno alla famiglia. Il peso emotivo legato alla gestione di una nuova quotidianità impone ai genitori di fare i conti con le proprie emozioni (e di queste in particolare con quelle aggressive) e di rielaborare l'immagine idealizzata del ruolo genitoriale per includervi nuovi aspetti e nuove competenze; farlo all'interno della famiglia è difficile vuoi per le implicazioni emotive che la nuova situazione comporta vuoi perché la famiglia difficilmente è orientata su qualcosa che non sia il proprio figlio e nello spazio della quotidianità piuttosto che in quello del futuro che invece viene spesso negato per la paura del "dopo". Non si deve dimenticare che poi i genitori di ragazzi disabili vivono un forte sentimento di esclusione sociale e questo rappresenta un ulteriore carico emotivo.

Per tali motivi è stato attivato, questo intervento caratterizzato da gruppi di aiuto nella convinzione che le famiglie, se aiutata a capire, possano sviluppare potenzialità e capacità inaspettate e trovare quelle risorse indispensabili a tutelare il benessere di ogni componente della famiglia. Il gruppo non rappresenta solo un sostegno emotivo, ma anche l'occasione di affrontare i problemi attraverso il confronto con altre esperienze. Ogni soggetto non è più solo con le proprie problematiche ed i propri modelli interpretativi, ma impara a conoscere altri modi di rapportarsi con il problema ed impara a relazionarsi con questi come con altri genitori.

Gli incontri sono rivolti a genitori di figli con disabilità, a fratelli, ad altri familiari ed ad insegnanti e le disabilità sono di qualsiasi natura (fisica o intellettuale o psicologica) ed in qualunque fascia di età. Si è fatta questa scelta con l'idea che il criterio di omogeneità favorisca l'aggregazione del gruppo e che l'eterogeneità delle patologie e delle fasce d'età favorisca la valorizzazione delle differenze e la condivisione delle esperienze.

Il gruppo composto da 20/25 persone si riunisce una volta al mese nella zona della Valpolcevera ed è coordinato da una Neuropsichiatra e da un'Infermiera Pediatrica.

Beneficiari

Target primario : genitori o altri familiari di ragazzi disabili inviati dai servizi o che accedano direttamente, insegnanti

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: educatori, operatori scolastici.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- favorire il benessere della coppia genitoriale
- favorire l'accettazione del limite del proprio figlio
- favorire l'entrata dei genitori nelle associazioni

Servizi aziendali coinvolti: S.C.Assistenza Consultoriale

Partners esterni coinvolti: Scuola, Associazioni di volontariato

Modalità e strumenti di comunicazione: Brochure, siti Web

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di famiglie che partecipano al gruppo	40	40	40	40
Gradimento da parte dei partecipanti al gruppo	Non pertinente (in quanto non realizzato nel 2012)	Gradimento da parte del 50% dei partecipanti, valutato mediante questionario	Gradimento da parte del 60% dei partecipanti, valutato mediante questionario	Gradimento da parte del 60% dei partecipanti, valutato mediante questionario
Realizzazione di un nuovo gruppo di genitori	Non pertinente	Non pertinente	1 Zona Centro Levante	Mantenimento

Responsabile del progetto: S.C.Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Caterina Divoto

Interventi di sostegno alla genitorialità nell'ambito della prevenzione dei comportamenti di dipendenza attraverso le metodologie dell'auto-aiuto

per la scheda vedi capitolo 4 "Promozione di sani stili di vita" paragrafo 4.5.3. "Informazione e comunicazione rivolta a gruppi di popolazione prevalentemente adulta su vari temi inerenti la salute e gli stili di vita".

Sorveglianza infezioni a contagio sessuale e parenterale sulla popolazione con problemi di addiction afferente ai Ser.t genovesi

Breve descrizione dell'intervento realizzato: screening **HCV, HBV, HIV** su tutti gli utenti, inquadramento diagnostico – clinico di II livello con stadiazione negli utenti risultati positivi allo screening ed invio, qualora necessario, alle strutture ospedaliere di competenza. Vaccinazione anti epatite B. **Lue:** diagnosi e cura.

Tutela della gravidanza: prevenzione di gravidanze indesiderate attraverso l'informazione e l'invio delle utenti, quando necessario, al consultorio zonale, realizzando eventualmente canali preferenziali; supporto alla gravidanza in toto nelle pazienti in cui se ne ravvisi la necessità

Beneficiari

Target primario : popolazione afferente ai Ser.t,
Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : familiari e partners sessuali degli utenti, condivisori di comportamenti a rischio di contagio

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti : Prevenzione primaria su utenti ambulatoriali, familiari e partners , nonché utenti di comunità terapeutiche e dormitori.

Servizi aziendali coinvolti: Ser.t e S.C. Assistenza Consultoriale

Partners esterni coinvolti: reparti di malattie infettive ospedaliere

Modalità e strumenti di comunicazione:

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Prelievi effettuati sugli utenti per effettuare screening per HCV, HBV, LUE, HIV	Circa 700	Circa 700	Circa 700	Circa 700
Vaccinati HBV 2012	14	Tutti i soggetti che necessitano	Tutti i soggetti che necessitano	Tutti i soggetti che necessitano
Tutela gravidanza: invio a S. C. Assistenza Consultoriale		Tutti i soggetti che necessitano	Tutti i soggetti che necessitano	Tutti i soggetti che necessitano

Responsabile del progetto: Nadia Meccoli

4. Promozione di sani stili di vita

Fra i principali determinanti delle malattie croniche figurano - oltre ai determinanti biologici, genetici e ambientali - anche i comportamenti individuali o stili di vita, che costituiscono dei fattori di rischio potenzialmente modificabili.



Determinanti di salute: Adattato da: Dahlgren e Whitehead (1991)

E' quindi utile progettare e realizzare interventi volti alla modifica degli stili di vita, che devono però essere basati su tre tipi di evidenze:

- il comportamento a rischio deve essere presente e diffuso nel target (analisi del contesto e del bisogno di salute): paragrafo 4.1
- la modifica del comportamento deve essere in grado di ridurre in modo significativo il rischio di malattia: paragrafo 4.2
- le azioni di prevenzione messe in atto devono essere in grado di modificare i comportamenti, tenuto conto anche delle difficoltà derivanti dai contesti ambientali (ambiente fisico e sociale): paragrafo 4.3.

La prima evidenza ha a che vedere con il bisogno di salute e quindi con l'appropriatezza. Le altre due con l'efficacia dell'intervento. Esse garantiscono complessivamente la qualità tecnico-professionale dell'attività di prevenzione e promozione della salute, cioè garantiscono che gli interventi possano essere considerati delle "**buone pratiche**" (vedi paragrafo 4.4)

4.1 Analisi del contesto e del bisogno di salute.

Dai dati della letteratura scientifica risulta che le malattie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, malattie metaboliche quali diabete e obesità, BPCO) costituiscono la principale causa di mortalità, morbosità e disabilità in quasi tutto il mondo.

I **Sistemi di sorveglianza sugli stili di vita**, quali Passi, Passi d'Argento, Okkio alla salute, HBSC, documentano che gli stili di vita non favorevoli alla salute sono diffusi nella popolazione della Asl 3 genovese in tutte le fasce di età.

Fra i cittadini di età compresa fra i 18 e i 69 anni la pratica di attività fisica è insufficiente e la percentuale di persone sovrappeso è elevata (sovrappeso 27%, obesi 8%); le abitudini alimentari non sono ottimali e in particolare il consumo di frutta e verdura è scarso; l'abitudine al fumo e il

consumo di alcol a rischio sono diffusi. Inoltre gli operatori sanitari non forniscono in maniera sufficiente informazioni e consigli sui corretti stili di vita⁶.

Sistema di sorveglianza PASSI	%
Asl 3 Genovese – dati 2008-2011	
Attività fisica	
Attivo	39,2
Parzialmente attivo	41,9
Sedentario	18,8
Situazione Nutrizionale	
Sottopeso	3,8
Normopeso	62,7
Sovrappeso	26,4
Obeso	7,2
Numero di porzioni di frutta e verdura al giorno	
0	2,1
1-2	36,3
3-4	41,4
5 o più	20,2
Consumo di alcol	
Consumata almeno una unità alcolica negli ultimi 30 gg	64,9
Consumo fuori pasto	9,9
Consumo abituale elevato	6,1
Consumo "binge" (2010-2011)	9,4
Consumo a "maggior rischio" (2010-2011)	21,6
Abitudine al fumo	
Fumatore	27,9
<i>Occasionale</i>	0,6
<i>Quotidiano</i>	25,8
<i>In astensione</i>	1,5
Ex fumatore	23,2
Non fumatore	48,8
Ex fumatore	23,2
Non fumatore	48,8

⁶ (Fonte: Sistema di sorveglianza Passi <http://www.asl3.liguria.it/progetti/passi/risultati.htm>).

Il 29% dei bambini liguri di 8 anni⁷ presenta un eccesso ponderale. Essi praticano poca attività fisica e un bambino su tre è esposto a TV o videogiochi per almeno 3 ore al giorno.

Sistema di sorveglianza	%
OKKio alla salute Asl 3 Genovese - 2010	
Prevalenza di bambini sovrappeso	20
Prevalenza di bambini obesi	9
Quanti non hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	79
Assumono 5 porzioni di frutta e verdura giornaliere	6
Bambini fisicamente non attivi	22
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi più di 2 ore al giorno	29

In Liguria i ragazzi di 15 anni⁸ che dichiarano di fumare almeno una volta alla settimana sono il 19%. Riguardo all'uso di alcol si nota un incremento con l'età della percentuale di ragazzi che bevono con frequenza almeno settimanale, con valori maggiori nei maschi (17% a 15 anni) rispetto alle femmine (10% alla stessa età). Il fenomeno del binge drinking tra i quindicenni riguarda il 36% dei maschi e il 30% delle femmine. Per quanto riguarda l'uso di sostanze, un quindicenne su cinque ha fatto uso di cannabis, con prevalenza dei maschi rispetto alle femmine, soprattutto nell'uso abituale. Il 26% dei quindicenni ha avuto rapporti sessuali completi. Tra questi, solo uno su tre dichiara di aver utilizzato un profilattico. Quasi una quindicenne su dieci ha rapporti sessuali completi non protetti.

Sistema di sorveglianza HBSC	%
Liguria – 2009-2010	
Prevalenza di ragazzi sovrappeso	13
Prevalenza di 15enni obesi	2
Ragazzi che non fanno la prima colazione	30
15enni che consumano frutta meno di una volta a settimana o mai	14
15enni che consumano verdura meno di una volta a settimana o mai	12
15enni che fumano almeno una volta alla settimana	19
Binge drinking	
<i>Maschi</i>	36
<i>Femmine</i>	30

⁷ “OKKio alla SALUTE” 2010 – Asl 3 Genovese http://www.asl3.liguria.it/progetti/okkio_alla_salute/pdf/2010-rapporto_OKKIO_asl3.pdf

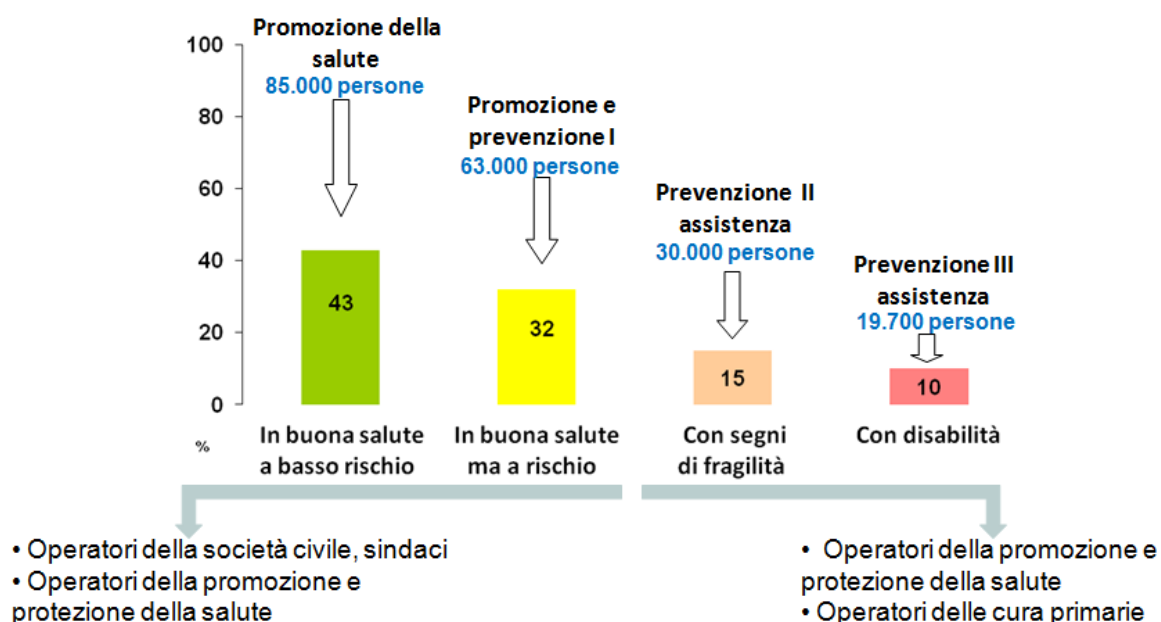
⁸ Report 2009-2010 di HBSC[§] Liguria (Health Behaviours in School Aged Children-
http://www.hbsc.unito.it/it/images/pdf/hbsc/report_liguria_26_04_2011_hbsc.pdf)

15enni non sufficientemente attivi	73
15enni che hanno sperimentato cannabis	20
15enni che hanno avuto rapporti sessuali completi	26

Per quanto riguarda la popolazione anziana di Asl 3 Genovese⁹ si può affermare che:

- il 43% gode di buona salute
- il 32% è in buona salute ma a più alto rischio di malattia e fragilità
- il 15% presenta segni di più o meno marcata fragilità, con decadimento fisico e del dominio cognitivo, funzionale e sociale
- il 10% mostra segni di disabilità, non riuscendo a svolgere autonomamente alcune attività della vita quotidiana.

Sottogruppi di popolazione e interventi di prevenzione



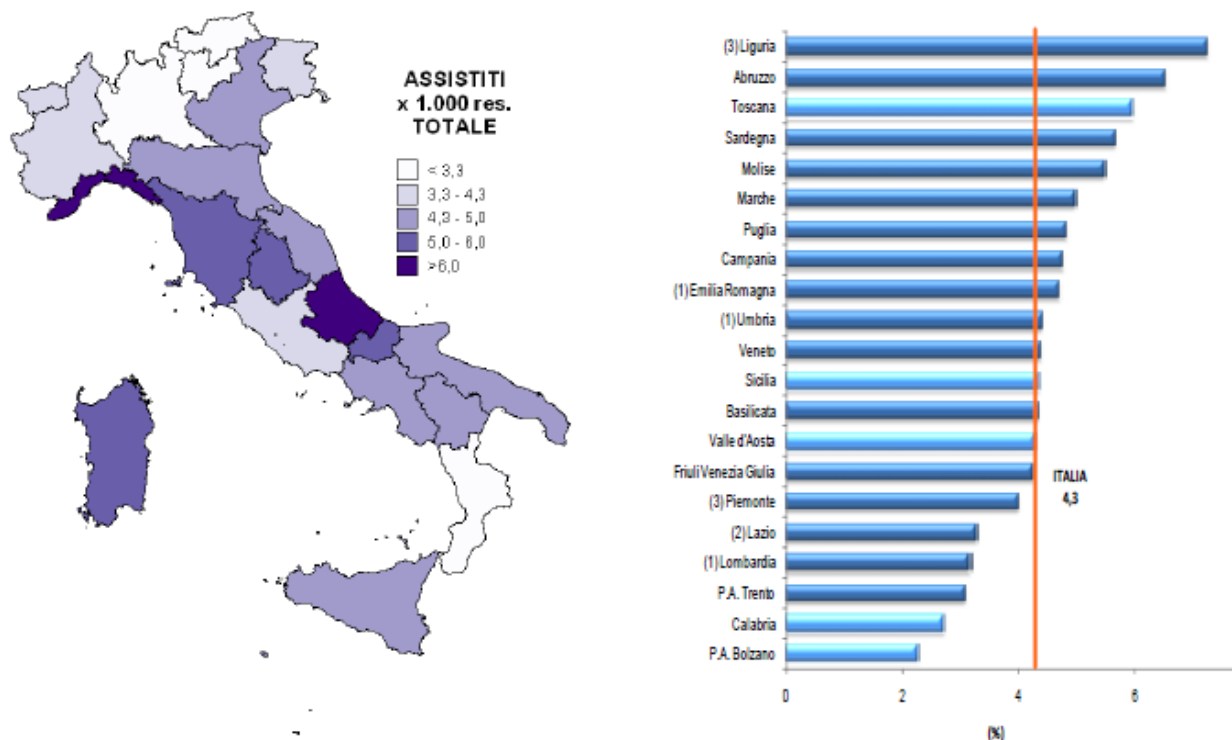
Altre informazioni possono essere reperite nel Profilo di salute 2011-Asl 3 Genovese¹⁰ che utilizza prevalentemente dati dei Sistemi di sorveglianza sopra citati e dati ISTAT.

Per quanto riguarda l'uso di sostanze stupefacenti e i **comportamenti di dipendenza**, dalla relazione 2012 del Dipartimento Politiche Antidroga al Parlamento risulta che la Liguria è la regione con la più alta proporzione di utenti assistiti dai Ser.T.

⁹ http://www.asl3.liguria.it/progetti/passi_dargento/RapportoArgento2009Asl3.pdf

¹⁰ http://www.asl3.liguria.it/progetti/passi/pdf/profilo_asl3_2011.pdf

Utenti assistiti dai Ser.T. x 1.000 residenti 15-64 anni per area geografica e scostamenti dalla media nazionale. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I dati forniti dal Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria-Osservatorio Epidemiologico Regionale per le dipendenze, evidenziano nella popolazione giovanile studentesca ligure elementi degni di nota rispetto ai valori medi nazionali forniti dall'indagine Espad Italia¹¹, soprattutto per l'uso di cannabis, che dopo la cocaina è la sostanza secondaria maggiormente utilizzata dai soggetti in trattamento presso i SERT.

RELAZIONE dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, Dipartimento Salute e Servizi Sociali - Regione Liguria

Attraverso le attività dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Dipendenze, istituito nel 1999, si monitora il fenomeno delle dipendenze nella regione Liguria che da sempre è caratterizzata da una prevalenza maggiore di soggetti consumatori di sostanze psicotrope rispetto alle altre regioni italiane.

Il Rapporto regionale sulle dipendenze descrive il consumo di sostanze stupefacenti legali e illegali, sia nella popolazione generale sia nella popolazione in carico ai servizi preposti, analizzando le caratteristiche della domanda e le unità di offerta.

Il Rapporto contiene infatti i risultati degli studi sulla popolazione generale e studentesca e l'analisi statistica ed epidemiologica del flusso di dati provenienti dai Servizi per le Tossicodipendenze, dalle strutture del Privato Sociale e dai Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture Liguri i cui operatori, assieme ai ricercatori dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche, costituiscono l'Osservatorio.

Gli standard a cui si fa riferimento sono quelli stabiliti, a livello europeo, dall'Osservatorio Epidemiologico delle Tossicodipendenze di Lisbona (OEDT).

¹¹The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs: <http://www.espad.org/italy>

Eroina

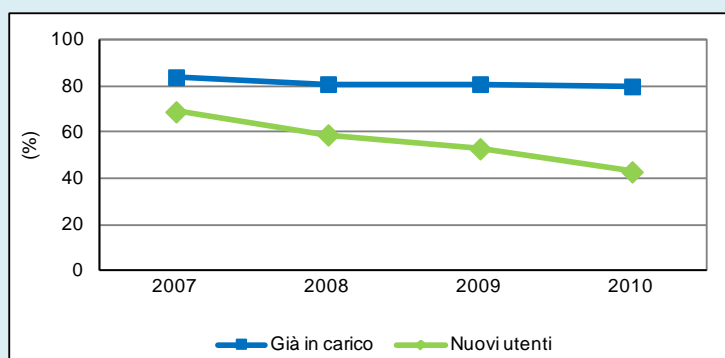
Dall'ultima indagine IPSAD®¹² Italia il 2,3% della **popolazione di 15-64 anni** residente nella regione Liguria riferisce di aver consumato eroina almeno una volta nella vita, mentre lo 0,5% ne ha fatto uso anche nel corso dei 12 mesi antecedenti la compilazione del questionario. In Italia le percentuali sono rispettivamente 1,6% e 0,4%.

L'indagine ESPAD® Italia segnala che nel 2010 il 2,1% della **popolazione studentesca** ligure riferisce di avere provato eroina almeno una volta nella vita e l'1,5% nei 12 mesi precedenti l'indagine. Le percentuali d'uso sono praticamente sovrapponibili a quelle rilevate negli studenti italiani: 2% e 1,4%.

Nel 2010 presso i **SerT** della Regione Liguria tra i 6.877 soggetti trattati per abuso di almeno una sostanza psicoattiva illecita, gli utenti in carico per consumo problematico di oppiacei rappresentano il 78% dell'utenza totale, in diminuzione rispetto al 2007, anno in cui corrispondevano all'82%.

Tra i nuovi soggetti, il 43% è in carico per consumo problematico di oppiacei, nel 2007 la percentuale era del 69%.

Grafico: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i SerT per abuso di oppiacei sull'utenza totale. Regione Liguria. Confronto anni 2007–2010



Cocaina

Il consumo di cocaina nella popolazione generale risulta in lieve diminuzione negli ultimi anni, mentre tra gli studenti se ne registra un lieve aumento, nonostante la maggioranza reputi la sostanza estremamente pericolosa e ne disapprovi l'utilizzo, compresa la sperimentazione.

Dall'indagine **IPSAD®2010** si rileva che in Liguria il 6,4% delle **persone di età compresa tra i 15 ed i 64 anni** ha assunto cocaina almeno una volta nella vita, mentre l'1,5% ammette di averne consumato anche nel corso dell'ultimo anno. Le stesse percentuali sono state rilevate in Italia.

L'indagine ESPAD-Italia®2010 ha evidenziato che il 4,9% della **popolazione studentesca** ligure ha provato cocaina almeno una volta nella vita ed il 3,2% ne ha utilizzato nei 12 mesi precedenti all'intervista. In Italia le percentuali sono del 4,8% e del 3%.

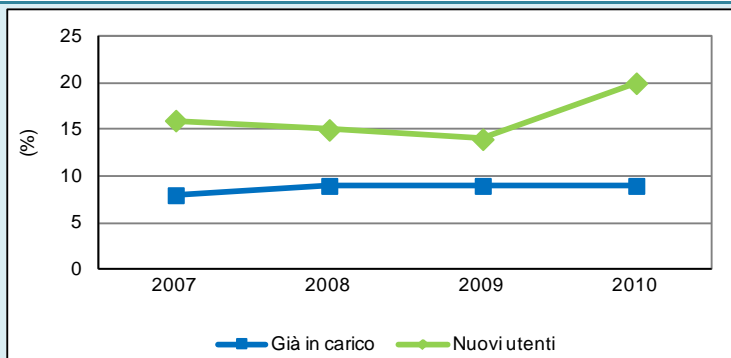
Nel 2010 presso i **SerT** della Regione Liguria, dei 6.877 soggetti trattati per abuso di almeno una sostanza psicoattiva illecita, il 9% è rappresentato dai consumatori problematici di cocaina, in linea rispetto al 2007.

Tra i nuovi soggetti in carico, si registra un consistente incremento di coloro che iniziano un trattamento per consumo problematico di cocaina, precisamente il 20% nel 2010 contro il 16% del 2007.

Grafico: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i SerT per abuso di cocaina sull'utenza totale. Regione Liguria. Confronto anni 2007–2010

¹² Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs:

https://www.epid.ifc.cnr.it/epidnewENG/index.php?option=com_content&view=article&id=107&Itemid=197



Cannabis

L'indagine sulla popolazione generale **IPSAD@2010** riferisce che in Liguria i prodotti della cannabis sono stati sperimentati dal 32,8% della **popolazione di 15-64 anni** e il 10,7% ha continuato ad utilizzarne nel corso dell'ultimo anno. Le percentuali d'uso tra i connazionali sono sovrapponibili.

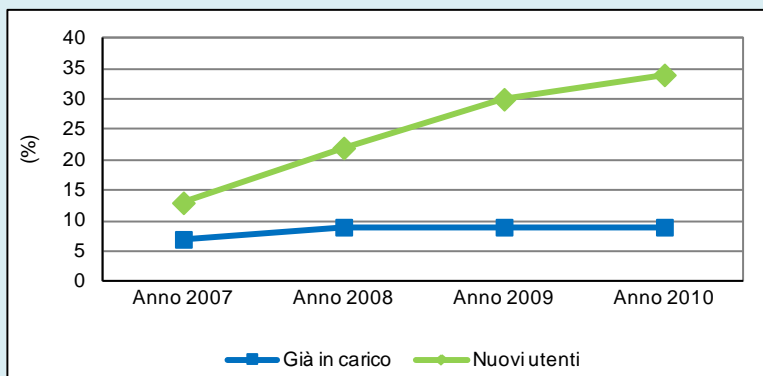
Dall'indagine **ESPAD-Italia@2010** si rileva che il 22,4% della popolazione studentesca ligure ha dichiarato il consumo di cannabinoidi nei 12 mesi antecedenti all'indagine. Rispetto al consumo recente, il 14,6% degli studenti riferisce di aver assunto la sostanza nei 30 giorni precedenti la somministrazione del questionario. Rispetto ai coetanei italiani, i giovani liguri fanno un consumo maggiore di cannabinoidi.

Nel 2010, dei 6.877 soggetti in trattamento presso i **SerT della Regione Liguria**, l'11% è rappresentato da utilizzatori problematici di cannabis, in percentuale superiore a quella rilevata nel 2007 (8%).

Ancora più rilevante risulta l'aumento registrato tra i nuovi utenti, che nel 2010 rappresentano il 34% contro il 13% del 2007.

La cannabis, dopo la cocaina, è la sostanza secondaria maggiormente utilizzata dai soggetti in trattamento presso i SerT.

Grafico: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i SerT per abuso di cannabinoidi sull'utenza totale. Regione Liguria. Confronto anni 2007-2010



4.2 Efficacia della modifica del comportamento nel ridurre in modo significativo il rischio di malattia.

La letteratura documenta che l'insorgenza e la progressione delle principali malattie croniche può essere efficacemente contrastata con interventi di prevenzione primaria universale, volti a contrastare **sette principali fattori di rischio** in larga misura correlati agli **stili di vita**:

- sedentarietà
- alimentazione non corretta (eccesso di calorie, di grassi e di sale; scarso consumo di frutta e verdura)
- sovrappeso e obesità
- fumo
- consumo di alcol (in particolare il consumo "a maggior rischio")
- ipertensione arteriosa
- ipercolesterolemia

Cause delle malattie croniche



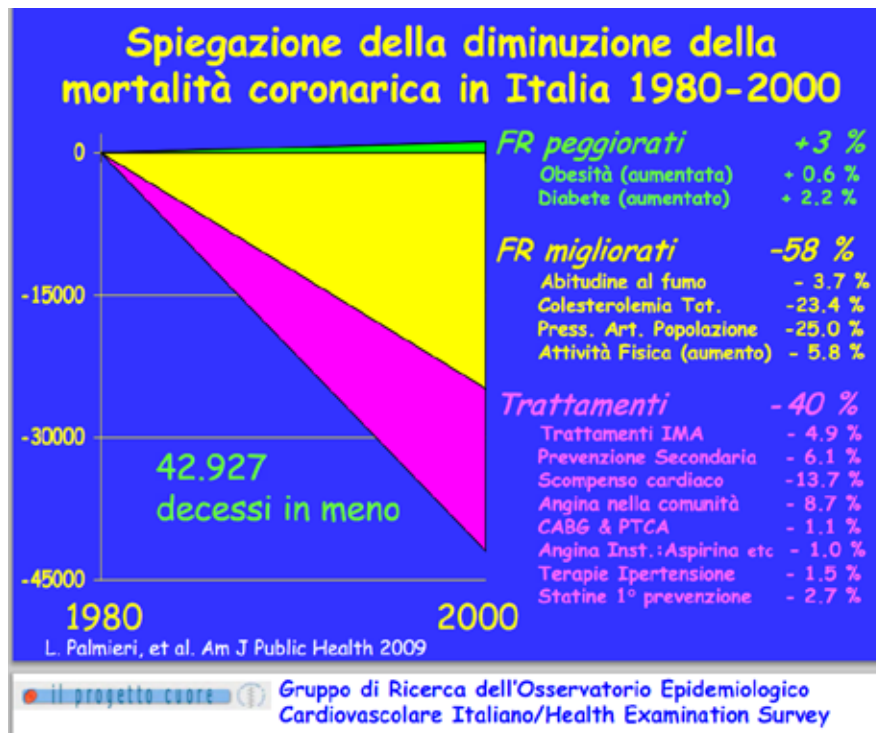
Fonte: Oms

I danni per la salute e il benessere legati al fumo o all'uso di alcol e altre sostanze sono ben noti e quindi la modifica dei comportamenti in questo ambito (cioè la cessazione o ancor meglio la mancata acquisizione di un'abitudine o di una dipendenza) è certamente efficace nel ridurre il rischio di molte malattie croniche e di altri danni per la salute.






Meno noti, soprattutto nella loro entità, sono i benefici che possono derivare dalla modifica di altri stili di vita, come la sedentarietà o alcune abitudini alimentari.

A questo proposito si riportano i risultati di alcuni studi che sono particolarmente significativi in quanto misurano i benefici potenzialmente ricavabili dalla modifica degli stili di vita.

La figura seguente (Palmieri et al, Am J Public Health, 2009) riporta come la riduzione della mortalità coronarica in Italia dal 1980 al 2000 sia spiegata in larga misura dalla riduzione dei fattori di rischio legati ai comportamenti e agli stili di vita e dalla riduzione dei fattori di rischio cosiddetti intermedi come ipercolesterolemia e ipertensione arteriosa (FR migliorati).



La successiva tabella tratta dal JNC 7¹³ dimostra come specifici interventi nel campo degli stili di vita possono produrre delle misurabili riduzioni nei valori pressori

EFFICACIA NEL RIDURRE LA PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA (PAS) DI ALCUNI INTERVENTI SUGLI STILI DI VITA		
Intervento	Raccomandazione	Riduzione attesa della PAS
Riduzione del peso 	Ottenere l'IMC ideale (20-25 kg/m ²)	5-10 mmHg ogni 10 kg persi
Dieta DASH* 	Avere una alimentazione di tipo mediterraneo con consumo elevato di frutta e verdura e basso consumo di grassi saturi	8-14 mmHg
Riduzione del consumo di alcol 	Non assumere più di 30 ml/die di alcol pari a 250 ml di vino (circa 2 bicchieri)	2-4 mmHg
Attività fisica 	Attività fisica regolare (almeno 30 minuti di cammino sostenuto più volte alla settimana)	4-9 mmHg
Riduzione del sodio 	Non consumare più di 5 g/die di sale da cucina (NaCl)	6-8 mmHg

*Dietary Approaches to Stop Hypertension.
Modificata da: JNC VII, 2003.

¹³ The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7), 2003

Nel campo delle patologie tumorali, il Progetto Epic¹⁴ dell'International Agency for Research on Cancer (WHO) dimostra:

- l'effetto protettivo, nei confronti del tumore del colon-retto e del tumore del seno nelle donne in menopausa, legato alla pratica di regolare attività fisica e al controllo del peso
- l'effetto protettivo, nei confronti del tumore del colon-retto, di una dieta ricca di fibre e pesce e povera di carni rosse e lavorate
- l'effetto negativo, nei confronti dei tumori del colon-retto e del tumore del seno dopo la menopausa, del consumo di alcol.

4.3 Efficacia delle azioni di prevenzione nel modificare i comportamenti a rischio

Nel campo della prevenzione e della promozione della salute il punto critico non è quello di informare le persone sui rischi connessi a certi stili di vita, ma quello di affrontare le loro resistenze e gli ostacoli oggettivi al cambiamento, agendo sulla motivazione individuale e sul contesto ambientale.

Gli interventi devono quindi utilizzare **modalità e strumenti di comunicazione efficaci**, cioè in grado di motivare le persone al cambiamento.

Ma poiché la modifica dei comportamenti individuali può essere resa più difficile da condizioni riferibili all'ambiente fisico o sociale in cui le persone vivono, occorre una strategia intersettoriale mirata a "rendere facili le scelte salutari". Gli interventi devono essere inseriti in un quadro di programmazione più ampio, che prevede il coinvolgimento di numerosi portatori di interesse. Questa è appunto la strategia che ispira i programmi nazionali ed europei "**Guadagnare salute**"¹⁵ e "**La salute in tutte le politiche**"¹⁶ e che è stata fatta propria dal Piano per la Prevenzione 2010-2012 della Regione Liguria e dal presente Piano Aziendale.

Tenuto conto di questa complessità, l'impegno degli operatori e dei servizi della Asl 3 Genovese deve essere quello di realizzare, ove possibile, interventi per i quali esistono **evidenze di efficacia ex ante**, in quanto sono già stati realizzati con successo in altre realtà o sono stati sottoposti a verifica per mezzo di studi controllati.

Tali interventi vanno attuati utilizzando modalità operative e strumenti di comunicazione che possano essere efficaci nei confronti dei target specifici.

Infine bisogna mettere in atto specifiche procedure di monitoraggio e di **verifica ex post dei risultati**.

Anche in questa prospettiva (oltre che nella misurazione del bisogno di salute) possono essere rilevanti i dati e le informazioni dei Sistemi di sorveglianza sugli stili di vita. Infatti se gli interventi di prevenzione sono adeguatamente programmati, sostenibili nel tempo e rivolti all'intera popolazione, e non solo a gruppi a rischio, i risultati possono essere misurati dai Sistemi di sorveglianza in un arco di tempo non troppo lungo, se non altro in termini di modifica delle conoscenze e dei comportamenti.

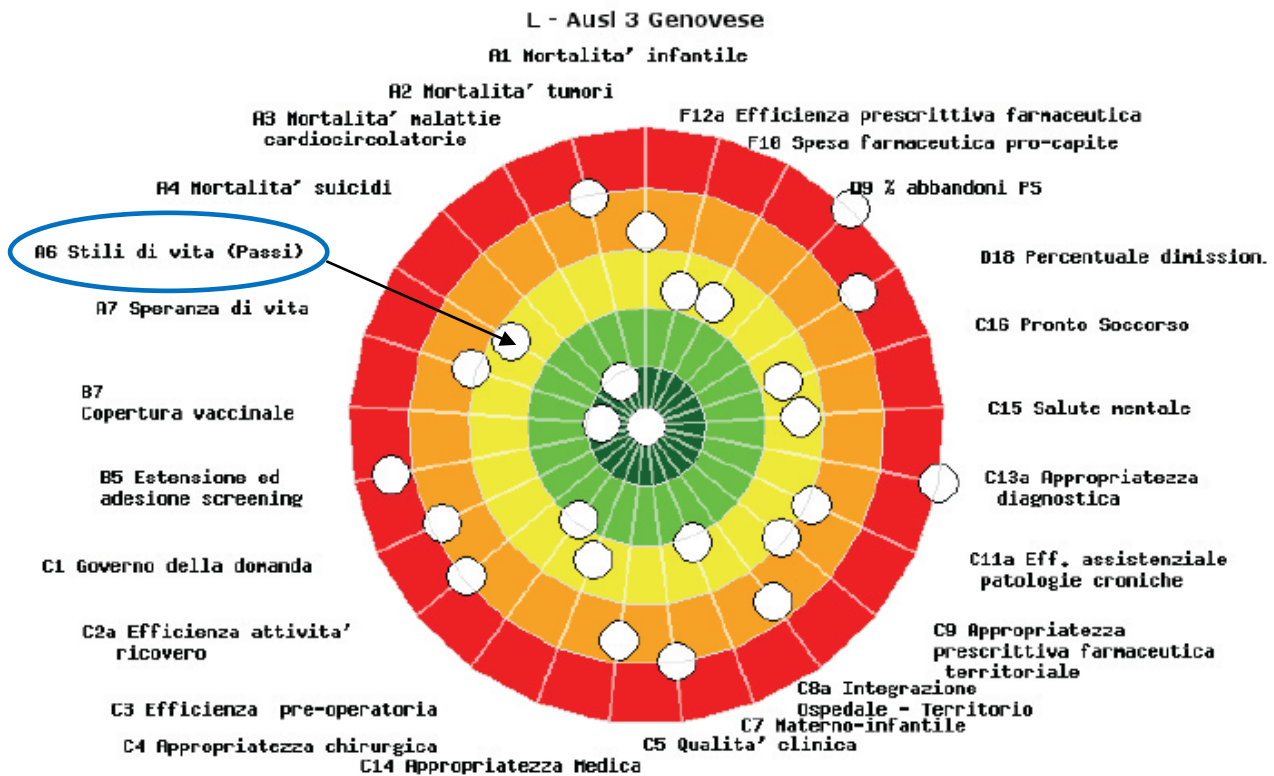
A conferma di ciò è interessante rilevare che il **Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali** comprende un indicatore denominato "**A6 Stili di vita (PASSI)**", costituito dalla media dei valori di alcuni degli indicatori del Sistema Passi.

Questo indicatore nella nostra Azienda ottiene un valore pari a 2,32, su una scala da 1 a 5, dove i valori più alti sono i migliori. Tale valore risulta inferiore a quello di altre Asl liguri, come la Chiavarese (2,66) e la Savonese (2,88), ed anche rispetto a diverse Asl della Toscana (Firenze 3,01; Arezzo 3,33; Prato 3,65) e a quella della P.A. di Trento (2,75).

¹⁴ The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition, studio iniziato nel 1992 e tutt'ora in corso
<http://epic.iarc.fr/about.php>

¹⁵ <http://www.guadagnaresalute.it/>

¹⁶ http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_it.htm



4.4 Le buone pratiche

Da alcuni anni il **Ministero della Salute e le Regioni** promuovono la realizzazione nelle Asl italiane di interventi di prevenzione primaria e promozione della salute le cui caratteristiche siano quelle di una **"buona pratica"** e che quindi possano garantire l'appropriatezza e l'efficacia dell'attività di prevenzione.

Caratteristiche delle "buone pratiche"

Gruppo di progetto multiprofessionale, multidisciplinare e intersettoriale, ovvero composto da operatori con professionalità specifiche (educatori, psicologi, medici, amministrativi), esperti in discipline diverse (epidemiologia, discipline cliniche, formazione, comunicazione, sociologia) e che agiscono in settori differenti (sanità, scuola, trasporti, enti locali, associazionismo e volontariato), al fine di permettere una migliore lettura dei problemi di salute e della complessità del contesto in cui ha luogo l'intervento.

Analisi di contesto: deve essere effettuata un'analisi dei bisogni/problemi di salute della popolazione di riferimento, mediante appropriati metodi e strumenti di tipo quantitativo e qualitativo, per definire i determinanti individuali, ambientali, organizzativi e politici che condizionano il bisogno/problema specifico.

Individuazione dei gruppi di interesse e creazione delle alleanze specifiche.

Individuazione di obiettivi specifici: devono essere individuati obiettivi precisi il cui raggiungimento possa essere misurato attraverso opportuni **indicatori**. Deve essere definita una serie di azioni e indicato chi fa che cosa, quando, con quali metodi e strumenti. Questi ultimi devono essere efficaci nel produrre nel target la motivazione al cambiamento (soprattutto **tecniche di comunicazione efficaci**)

Valutazione di processo e di risultato: bisogna precisare quante persone sono state raggiunte e attraverso quali azioni; ma bisogna anche verificare quali cambiamenti sono avvenuti nelle conoscenze, atteggiamenti e comportamenti del target.

Piano di comunicazione: bisogna dare visibilità al progetto e ai suoi risultati nella comunità locale e presso le organizzazioni e associazioni interessate.

Sostenibilità nel tempo: è opportuno che il progetto faccia parte di un piano o programma più ampio che ne consenta la continuità nel tempo.

Negli ultimi anni la nostra Azienda ha partecipato a diverse iniziative coordinate a livello ministeriale e interregionale. Altri progetti sono stati proposti in ambito aziendale, da parte di singoli servizi o di gruppi multidisciplinari. In entrambi i casi **è necessario che gli operatori cerchino di adeguare il più possibile i propri progetti ai criteri delle buone pratiche**. A questo scopo il Piano prevede percorsi di formazione, monitoraggio e valutazione a sostegno degli operatori e dei servizi.

Per gli interventi di prevenzione e promozione della salute che affrontano il tema delle dipendenze, sono state delineate delle **Linee operative preventive** che si ritrovano di volta in volta tradotte in pratica nei progetti allegati al piano. Tali Linee fanno riferimento alle Evidenze Scientifiche e si possono sintetizzare nei seguenti 4 punti:

- Vision chiara e condivisa, basata sulla necessità di un approccio “di popolazione” e non solo rivolto a “gruppi a rischio” e inoltre sulla consapevolezza dei danni recati alla salute dall’uso delle sostanze psicotrope, senza alcuna differenziazione tra sostanze legali ed illegali nonché tra sostanze cosiddette “pesanti” o “leggere”
- Importanza degli interventi rivolti alla riduzione del rischio (prevenzione primaria) e non solo alla riduzione del danno (prevenzione secondaria o terziaria)
- Importanza degli interventi di natura psicoeducativa e precoci (vedi progetti rivolti agli adulti di riferimento)
- Necessità di realizzare una Rete dei Servizi che sia di supporto all’Attivazione di una Comunità educante

Linee operative preventive dei Servizi per le Tossicodipendenze

Nella società attuale il consumo in generale è divenuto parte integrante di stili di vita che non comprendono solo l’uso di sostanze psicotrope (legali ed illegali) ma anche comportamenti compulsivi quali il gioco d’azzardo, l’uso eccessivo o rischioso di internet, lo shopping compulsivo.

Di fronte ad un contesto sociale complesso caratterizzato dalla diffusione massiccia dei consumi (comunque elicitante comportamenti di abuso e dipendenza) si afferma sempre più nella realtà che il rischio della dipendenza non riguarda solo alcune fasce di popolazione ma può coinvolgere ogni individuo e gruppo sociale.

Di qui la necessità che gli interventi di prevenzione escano dalla dimensione di attività residuale, in quanto rivolta solo ad un target specifico considerato a maggior rischio, ma coinvolgano la popolazione in generale comprendente non solo i giovani ma gli adulti di riferimento.

Si evidenzia la necessità di una Vision chiara e condivisa tra tutte le istituzioni del pubblico, del privato e del volontariato che promuovono attività di prevenzione rispetto alla consapevolezza dei danni recati alla salute dall’uso delle sostanze psicotrope, senza alcuna differenziazione tra sostanze legali ed illegali nonché tra sostanze cosiddette “pesanti” o “leggere”; in particolare la cannabis e l’abuso alcolico presentano nella popolazione giovanile un basso grado di percezione del rischio ed invece molto spesso sono sostanze “gateway-ponte”, in grado di incrementare il rischio di intraprendere un percorso evolutivo verso l’uso di eroina e cocaina e verso la dipendenza alcolica

Nell’ottica sopra esposta si può inquadrare l’evoluzione significativa degli interventi rivolti alla popolazione dalla metodologia della riduzione del danno a quello della riduzione del rischio.

Vi è la necessità di definire una attività di prevenzione di natura psicoeducativa, ovvero che preveda in un continuum l’informazione, non fine a se stessa ma correlata ad attività di sensibilizzazione e quindi a processi di intervento mirati a sviluppare livelli efficaci di autonomia intellettuale, affettiva e decisionale per il singolo, il gruppo e la comunità

Occorre elaborare interventi preventivi che da un lato avvicino la popolazione ai servizi e dall’altro possano fornire ai singoli occasioni di progettazione esistenziale e soprattutto di acquisizione di autonomia rispetto alla cura della propria salute e di quella familiare

Acquista quindi significato la ricerca di adeguati approcci strategici favorenti processi di riflessione e di elaborazione allargata al gruppo, quali ad esempio la media education e – soprattutto negli istituti secondari -

la peer education. Infatti è importante non solo lavorare con i giovani, ma in un contesto che renda i giovani stessi artefici e attori del progetto.

Il Sert ha inoltre maturato progressivamente la scelta di privilegiare interventi di prevenzione rivolti agli adulti di riferimento ovvero genitori ed insegnanti che quotidianamente si relazionano ai giovani; riconoscendo l'importanza di svolgere interventi psicoeducativi precoci si è maturato nel tempo la scelta di rivolgersi con progetti specifici a tutti gli adulti che si relazionano con i giovani.

La scelta del target non solo fa riferimento alle evidenze scientifiche ma anche alla esperienza di cura di soggetti giovani consumatori afferenti ai Sert, situazioni in cui i professionisti hanno potuto valutare l'importanza del coinvolgimento nel trattamento dei familiari; di seguito si è deciso di 'spostare' lo stesso modello in ambito preventivo riconoscendo un forte significato alle risorse educative degli adulti e alle capacità di sostenere dei cambiamenti e di affiancarsi ai giovani nei momenti più peculiari del processo evolutivo.

L'ultimo punto riguarda l'importanza della costituzione della RETE tra tutte le risorse pubbliche e private e del volontariato al fine di costruire insieme progetti di intervento rivolti alle singole realtà territoriali; in questa ottica, a nostro parere propedeutica all'attuazione di ogni progetto e alla sua continuità, acquista importanza la collaborazione coi Distretti socio-sanitari e con gli altri servizi ASL quali S.C. Assistenza Consultoriale, i Municipi del Comune di Genova ed i Comuni limitrofi, le Direzioni Didattiche, le Associazioni del volontariato e del privato sociale.

La Rete trova i presupposti nella possibilità di creare sinergie sempre più orientate alla specificità dei singoli territori per attivare al meglio e in termini più incisivi progetti non fini a se stessi ma soprattutto rivolti con modalità a cascata alla costituzione di una COMUNITA' educante consapevole e responsabile della promozione e protezione della salute.

4.5 Dall'informazione all'azione: le schede progetto

Aree di attività e programmi

I progetti che fanno parte di questo capitolo possono essere raggruppati nelle seguenti **aree di attività** a seconda del contesto in cui si svolgono:

- l'educazione alla salute nel contesto scolastico (paragrafo 4.5.1)
- la promozione della salute degli adolescenti nei loro luoghi di ritrovo e di divertimento (4.5.2)
- informazione e comunicazione rivolta a gruppi di popolazione prevalentemente adulta (compresi gli operatori sanitari) su vari temi inerenti la salute e gli stili di vita (4.5.3)
- organizzazione di percorsi per favorire sani stili di vita (4.5.4).

E' però anche possibile, almeno in parte, raggruppare gli stessi progetti in **programmi** definiti in base al contenuto:

- programma per il contrasto dell'abitudine al fumo di sigaretta (4.5.5)
- programma per la promozione dell'attività fisica e della corretta alimentazione e per il contrasto all'obesità e al sovrappeso (pag 4.5.6)
- programma per il contrasto alle dipendenze (pag 4.5.7)

Le aree di attività e i programmi non si escludono reciprocamente: ad esempio un progetto realizzato nel contesto scolastico può trattare un tema che è oggetto di uno specifico programma (come il contrasto al fumo o la promozione dell'attività fisica).

Di seguito i progetti sono presentati nelle aree identificate dai contesti e, se necessario, richiamati nei programmi omogenei per contenuto.

4.5.1 L'educazione alla salute nel contesto scolastico

Tutti gli interventi vengono realizzati in **un quadro di collaborazione tra il mondo della Scuola e quello della Salute** che si ispira al programma interministeriale "Scuola e Salute"¹⁷.

Progetti destinati a bambini delle scuole dell'infanzia, delle scuole primarie e di istituti comprensivi

OKkio alle 3A

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Nel nostro Paese è crescente la preoccupazione per la notevole diffusione di patologie legate a comportamenti quali la sedentarietà e le abitudini alimentari scorrette, che riguardano un numero di bambini sempre più significativo anche nella nostra Regione.

I risultati dell'indagine "OKkio alla SALUTE", condotta in Asl 3 Genovese nel 2010 su bambini delle classi terze elementari, dimostrano che il 29% dei bambini presenta un eccesso ponderale e il 29% di loro è esposto quotidianamente alla tv o ai videogiochi per almeno 3 ore al giorno. Riguardo alla percezione da parte dei genitori: il 72% delle madri di bambini in sovrappeso ritiene che il proprio bambino mangi il giusto e il 67% delle madri di bambini non attivi ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente o molta attività fisica.

Poiché i problemi legati al cibo nascono e si stabilizzano sin dai primi anni di età e l'obesità e il sovrappeso sviluppati in età evolutiva tendono a persistere in età adulta e a favorire lo sviluppo di gravi patologie quali le malattie cardio-cerebrovascolari, il diabete tipo 2 ed alcuni tumori, si ritiene opportuno intervenire precocemente.

Considerando questo contesto, il progetto OKkio alle 3 A prevede le seguenti azioni:

- Analisi dei bisogni della scuola materna che ha aderito al progetto attraverso l'utilizzo di un questionario specifico valutato dalla commissione appositamente formata e infine scelta del tema sul quale focalizzare l'attività: alimentazione e/o attività fisica
- Attuazione della ricerca-azione sul bisogno evidenziato: gli insegnanti conducono il progetto con il supporto degli operatori sanitari in qualità di facilitatori anche utilizzando i materiali educativi predisposti per tali attività, scaricabili dal sito web www.okkio3a.com
- Comunicazione dell'attività svolta attraverso la realizzazione di un evento al termine dell'anno scolastico di attività o la produzione di materiali sull'argomento trattato
-

Negli scorsi A.S. (2011-2012) il progetto è stato realizzato in 9 scuole e 28 classi, coinvolgendo circa 650 bambini e famiglie.

Si ritiene di proseguire il progetto estendendolo ad altre scuole del territorio di ASL 3.

Beneficiari:

Target primario : alunni della scuola dell'infanzia

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: scuola e famiglie

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti:

Progettazione condivisa e promozione di attività nel campo di sana alimentazione e attività fisica nell'età infantile.

-Adozione di stili di vita favorevoli per la salute da parte delle famiglie e dei bambini

-Empowerment degli insegnanti della scuola dell'infanzia

Servizi aziendali coinvolti: S.C. Assistenza Consultoriale – M.P.C.E.E., S.S. Epidemiologia, S.C. Sicurezza Alimentare

Partners esterni coinvolti: Scuole dell'Infanzia del territorio di ASL 3 - Enti locali e servizi di ristorazione scolastica – PLS

Modalità e strumenti di comunicazione: produzione di reportistica e organizzazione di un evento comunicativo

¹⁷ <http://www.scuolaesalute.it/giornale/primapagina.asp>

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Valutazione risultati tramite questionario KAB ("Conoscenze, Atteggiamenti e Comportamenti), specifico per Okkio alle 3A, somministrato a genitori e insegnanti partecipanti al progetto. Nel 2011 e 2012 sono state coinvolte in Asl 3 Genovese nove scuole, con 28 classi e circa 650 bambini e famiglie	Somministrazione di questionario KAB iniziale alle famiglie dei bambini e agli educatori Nuova somministrazione del questionario KAB alle famiglie dei bambini e agli educatori a termine 2012; Valore dell'indicatore: almeno il 70% di restituzione dei questionari somministrati	Valutazione della modifica delle conoscenze, atteggiamenti e comportamenti di famiglie ed educatori rispetto al questionario iniziale.	Non previsto	Non previsto
Presentazione del progetto	Proposta a quattro scuole per Distretto	Adesione di almeno una scuola nuova per Distretto (25%)	Mantenimento del progetto nelle scuole aderenti	Mantenimento del progetto nelle scuole aderenti
Valutazione bisogni della scuola	Formazione commissione e compilazione questionario	Definizione dei bisogni nelle scuole aderenti nel 2013	Mantenimento del progetto nelle scuole aderenti	Mantenimento del progetto nelle scuole aderenti
Implementare conoscenze e favorire lo sviluppo di atteggiamenti adeguati	Individuazione area di intervento-azione	Realizzazione di almeno 1 azione relativa all'area d'intervento per ogni scuola aderente al progetto	Mantenimento del progetto nelle scuole aderenti	Mantenimento del progetto nelle scuole aderenti
Comunicazione e diffusione dei risultati	Workshop su stato di avanzamento del progetto nel secondo semestre 2011	Produzione di reportistica preliminare sui risultati e organizzazione di un evento di comunicazione dei risultati per dicembre 2013		

Responsabile del Progetto: Federica Pascali

Referente S. C. Assistenza Consultoriale del Progetto: Franca Favareto

Identikit

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Il progetto ministeriale denominato "Identikit" è stato coordinato a livello aziendale nell'anno scolastico 2011/12 dagli operatori dagli operatori S.C. Assistenza Consultoriale ed in particolare della M.P.C.E.E. che lo hanno realizzato in via sperimentale in due scuole primarie (3 classi) utilizzando il materiale messo a disposizione dal CCM.

Nelle scuole aderenti al progetto si costituiranno dei gruppi di progettazione con gli insegnanti per l'organizzazione e la gestione delle attività curriculari nelle classi che prevedono l'utilizzo di materiali didattici messi a disposizione dal ministero.

Sulla base dell'esperienza di collaborazione fra gli operatori sanitari, gli insegnanti e le famiglie, per promuovere l'igiene orale, la S.C.A.C si prefigge di continuare a promuovere tale progetto per la durata del P.A.P. nelle scuole primarie del territorio della ASL 3 Genovese.

Beneficiari :

Target primario : alunni prime classi della scuola primaria

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: famiglie e insegnanti

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti :

aumento conoscenze e competenze dei bambini, delle loro famiglie, degli insegnanti in merito ai benefici derivanti da una corretta igiene orale

Servizi aziendali coinvolti: S.C. Assistenza Consultoriale - M.P.C.E.E , S.S. Epidemiologia

Partners esterni coinvolti: scuola

Modalità e strumenti di comunicazione: presentazione del progetto sul sito aziendale, esposizione di materiali informativi nelle sedi aziendali

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero scuole aderenti	Sperimentazione in due scuole	Adesione di tre scuole per Distretto/una classe per scuola	Mantenimento dell'indicatore previsto al 31/12/2013	Mantenimento dell'indicatore previsto al 31/12/2014
Costituzione gruppi di progettazione nelle singole scuole	Incontri di progettazione (iniziale, intermedio e finale) nelle due scuole partecipanti alla sperimentazione	3 incontri per ogni classe	Mantenimento dell'indicatore previsto al 31/12/2013	Mantenimento dell'indicatore previsto al 31/12/2014
Realizzazione attività previste nelle classi	Realizzazione attività previste nelle classi con la partecipazione attiva dei bambini	Realizzazione attività previste nelle classi con la partecipazione attiva dei bambini Realizzazione da parte degli operatori sanitari di un laboratorio con attività di rinforzo e approfondimento	Mantenimento dell'indicatore previsto al 31/12/2013	Mantenimento dell'indicatore previsto al 31/12/2014

Responsabile del progetto: S. C. Assistenza Consultoriale

Referente del Progetto: Franca Favareto

“Incomincio da...3”. Prima Tutto e Subito ... Precocemente

Percorso di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dei comportamenti di addiction

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Il progetto si colloca nell'ambito della prevenzione primaria e universale e si rivolge alle famiglie di bambini della scuola d'infanzia e primaria di primo grado con la proposta di uno spazio di confronto sul proprio stile educativo a partire da tre tematiche: l'anticipazione dei bisogni e la saturazione dei desideri, i bambini tiranni e i genitori “*in ostaggio*”, la sessualizzazione precoce.

Il progetto prevede:

- un incontro assembleare per presentare l'iniziativa nella sue finalità e metodologia di lavoro e raccogliere le adesioni, aperto ai genitori ed insegnanti del territorio.
- un percorso proposto ai genitori che prevede 4 incontri di gruppo per sviluppare le tematiche (ogni gruppo è riservato a 12 genitori partecipanti e ha la durata di 2 ore)
- un incontro assembleare conclusivo, rivolto ai genitori che hanno partecipato ai percorsi di gruppo per una “*restituzione*” vicendevole del lavoro svolto

Il percorso per i genitori consiste in un'attività di gruppo in cui è possibile raccontarsi agli altri genitori attraverso episodi di vita quotidiana in riferimento a tre argomenti scelti come “stimolo”. Da questo può nascere una riflessione sul proprio modo di essere genitore.

Viene misurata la disponibilità del target ad essere coinvolto in questa serie di azioni (partecipazione alla dinamica di gruppo, disponibilità ad esporsi con un proprio racconto, desiderio di appartenenza senza collusione, disponibilità ad autoosservarsi e a raccogliere le impressioni altrui...)

Viene chiesto inoltre al genitore di spostare l'attenzione dal figlio a se stesso, come persona alla quale chiedere in primis dei micro cambiamenti.

Il progetto facendo riferimento alla letteratura tecnico-scientifica sostiene come il supporto alla famiglia nel suo ruolo educativo (e agli adulti di riferimento in generale) costituisca la principale strategia di prevenzione verso il rischio di comportamenti di addiction dei figli. In tal senso, per migliorare le competenze educative dei genitori, promuove un percorso di formazione, piuttosto che di semplice informazione, che risulterà tanto più incisivo, qualora coinvolga la coppia genitoriale fin dai primi anni di vita dei figli.

Nell'ottica di raggiungere una maggior efficacia preventiva, così come affermato uno dei principi generali della posizione italiana sulla lotta alla droga¹⁸, il progetto “*Incomincio da...3*” sta sviluppando percorsi, successivi al percorso previsto dal progetto: “*Incomincio da ...3*”. Emerge infatti che alla conclusione del percorso emerge, da parte dei partecipanti il bisogno di poter continuare ad incontrarsi e, di conseguenza, una richiesta di uno “spazio” dove poter condividere le difficoltà quotidiane dell'essere genitore accompagnando così, in modo più efficace, la crescita dei propri figli (esperienza “*ricominciamo*” effettuata nell'anno 2011/2012)

Beneficiari

Target primario: genitori di bambini delle scuole d'infanzia e primarie di primo grado e adulti di riferimento dei bambini.

Il progetto prevede anche il coinvolgimento degli insegnanti e di altri adulti di riferimento

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva famiglia allargata dei genitori partecipanti, genitori della classe e gruppo classe, comunità locale reale e virtuale (altri genitori, docenti, pediatri, operatori, servizi, istituzioni, enti, no profit, volontariato).

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Aumento consapevolezza e competenze:

- Spostare l'attenzione dei genitori dai comportamenti dei figli ai propri
- Stimolare nei genitori la consapevolezza dell'importanza di migliorare le proprie abilità relazionali quali strumento più efficace nel prevenire comportamenti a rischio dei propri figli. Lo strumento offerto per interrogarsi e migliorarsi è quello della partecipazione ai gruppi di incontro con altri genitori che hanno figli della stessa età.
- Far sperimentare l'importanza di incontrarsi e confrontarsi sulle proprie difficoltà o sui dubbi quotidiani con altri genitori/adulti, trovando nell'incontro stesso un punto di riferimento e di appartenenza.

Servizi aziendali coinvolti:

SERT Levante: professionista referente del progetto Dott.ssa Cristiana Busso – dirigente psicologo I livello -

1. “La azioni di prevenzione, soprattutto per le giovani generazioni e i genitori, devono essere mantenute in forma PERMANENTE al fine di ridurre il consumo di sostanze stupefacenti, l'abuso alcolico e lo sviluppo di altre forme di dipendenza”

Partners esterni coinvolti:

Cooperativa Minerva, Municipi, Comuni, Associazioni del territorio, Direzioni Didattiche

Il progetto "Incomincio da... 3" è stato progettato, sviluppato e realizzato in collaborazione con la Cooperativa Minerva Onlus in quanto rappresentava una delle iniziative del progetto PSIR 2007-2010 "In Viaggio con la Famiglia" finanziate dal Distretto Socio Sanitario n°13 (due annualità). Referente del progetto "Incomincio da 3" per la cooperativa Minerva è l'educatore Roberta Facchini

La collaborazione con il mondo della scuola è ricercata ed auspicabile.

La partecipazione dei genitori e della comunità territoriale, insieme allo stile della progettazione, volutamente partecipata, è finalizzata a sviluppare nuove azioni preventive e nuovi percorsi sul tema di una genitorialità più consapevole (vedi percorso: "Ricominciamo", vedi attivazione dei genitori negli organi collegiali dei Circoli Didattici territoriali).

Modalità e strumenti di comunicazione: il progetto viene presentato direttamente ai direttori didattici e/o agli assessori dei vari municipi e viene poi pubblicizzato sia attraverso depliant e locandine informative che materiali on line (clip e siti internet). Quando viene organizzata l'assemblea di presentazione del progetto, delle sue finalità e della metodologia utilizzata, i genitori sono informati attraverso l'indirizzario e i contatti della direzione didattica o del municipio e della rete istituzionale e associativa che con costoro collabora.

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di genitori ed insegnanti partecipanti alla assemblea di presentazione		Numero dei partecipanti rilevato nel 2013	Mantenimento	Mantenimento
Numero di gruppi realizzati		4	Almeno 2	Almeno 2
Numero di genitori coinvolti		48	Almeno 24	Almeno 24
Numero di scuole coinvolte		4	2	2
Rapporto tra iscritti e chi conclude il percorso		Almeno il 60%	Almeno il 60%	Almeno il 60%
Gradimento dell'iniziativa da parte dei partecipanti		Gradimento elevato da parte di almeno il 60%	Gradimento elevato da parte di almeno il 60%	Gradimento elevato da parte di almeno il 60%

Responsabile del progetto

Direttore S.C. Ser.T. Centro Levante Elena Ducci

Referente del progetto S.C. Ser.T Levante: Cristiana Busso

Serpelloni G. Bonci A. Rimondo C. "Cocaina e minori Linee di indirizzo per la attività di prevenzione ed identificazione precoce dell'uso di sostanze" Dipartimento per le politiche antidroga - PCM, giugno 2009. National Institute on Drug Abuse (NIDA) "Preventing Drug use among children ed adolescents. A Research based guide for parents, educators and community leaders" U.S. Departement of health and human, services Bethesda, 2003

Dipartimento politiche antidroga Presidenza del consiglio dei ministri "Diagnosi e intervento precoce dell'uso di sostanze nei minori mediante counseling motivazionale, drugs test e supporto educativo della famiglia: metodi e rationale Novembre 2011

1. PSIR: Piano Sociale Integrato Regionale

Pedibus: percorsi sicuri casa scuola

Breve descrizione dell'intervento realizzato

I dati dell'OMS evidenziano come le patologie legate allo stile di vita rientrano tra le prime dieci cause di morte e inabilità. Dieta sbilanciata e vita sedentaria conducono alle malattie croniche attraverso vari meccanismi.

Anche nel nostro paese si sta assistendo ad un preoccupante incremento della prevalenza di obesità nella popolazione infantile, adolescenziale e adulta tanto che è stata coniata la definizione "epidemia di Obesità"

I risultati dell'analisi dell'indagine ligure di "OKkio alla SALUTE", condotta nel 2010 su bambini delle classi terze elementari, dimostrano che il **29% dei bambini, in Liguria, presenta un eccesso ponderale** che comprende sia sovrappeso sia obesità,

Sulla salute incide anche l'inquinamento atmosferico; una delle principali cause è il traffico automobilistico che risulta uno dei maggiori determinanti dello stato di salute sia attraverso effetti diretti sui cittadini, legati all'inquinamento atmosferico, all'inquinamento acustico, agli incidenti stradali, alla diminuzione dell'attività fisica, sia attraverso effetti indiretti sulla sostenibilità ambientale.

La maggior parte della popolazione utilizza principalmente l'automobile per il trasporto e gli esperti sostengono che l'impiego di tale mezzo passivo, per raggiungere i centri di interesse quotidiano (scuola, lavoro ecc.), sia determinato dalla stessa struttura urbanistica e dalla percezione della mancanza di sicurezza sia sociale sia stradale.

Per tutti questi motivi nella ASL 3 si è individuato nel progetto Pedibus (percorsi sicuri casa-scuola) una iniziativa utile per favorire l'attività fisica dei bambini e l'acquisizione di sani stili di vita.

Il Pedibus è un sistema di accompagnamento dei bambini da parte di adulti volontari (genitori, nonni, amici), organizzato come una linea di autobus: ha un capolinea di partenza, diverse fermate e un capolinea finale, a scuola; parte ad un orario preciso, viaggia sempre in orario e "trasporta" bambine e bambini che sanno cosa stanno facendo perché con l'aiuto degli insegnanti e degli operatori ASL lavorano in classe sui concetti di "salute ed attività fisica", "sicurezza stradale", "mobilità sostenibile".

La realizzazione del progetto prevede le seguenti attività:

- Incontri con genitori e familiari
- Incontri strutturati con insegnanti
- Incontri con le istituzioni
- Laboratori con le classi

Beneficiari

Target primario : bambini della scuola primaria

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : famiglie, insegnanti

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Obiettivo generale: Promuovere l'abitudine al cammino nella vita di tutti i giorni ed in particolare nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro.

Obiettivi di processo:

- Incontri di sensibilizzazione con genitori e altri portatori di interesse
- Incontri con le istituzioni (municipalità, comuni, provincia, associazioni)
- Aggiornamento periodico sito internet

Servizi aziendali coinvolti: Dipartimento di Prevenzione (Struttura di Epidemiologia), S.C. Assistenza Consultoriale

Partners esterni coinvolti: Scuola, Municipalità, Comuni, Associazioni, Provincia

Modalità e strumenti di comunicazione: Sito internet appositamente costruito, sito aziendale, materiale cartaceo, comunicazione ad hoc rivolta ai vari portatori di interesse, materiali utili per la realizzazione del progetto (pettorine, cappellini, palette e gadget vari)

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di gruppi Pedibus realizzati	4	Almeno 5	Mantenimento	mantenimento
Numero dei bambini coinvolti	180	Almeno 200	mantenimento	mantenimento

Numero incontri con genitori o familiari	8	10	10	10
Incontri strutturati con gli insegnanti	8	10	10	10
Laboratori con le classi (numero di laboratori per classe)	2	10	10	10
Numero incontri con le istituzioni	4	6	6	6
Aggiornamento sito dedicato	Aggiornamento sito dedicato	Aggiornamento sito dedicato	Aggiornamento sito dedicato	Aggiornamento sito dedicato

Responsabili del progetto:

Gianna Elisa Ferrando - Struttura Epidemiologia

Maria Rosaria Di Donato – S.C.Assistenza Consultoriale

Essere genitori: Istinto, mestiere, vocazione ... ?

Breve descrizione dell'intervento realizzato: realizzazione di incontri formativi con gruppi di genitori, separatamente di bambini e di preadolescenti, realizzati nell'ambito e col supporto degli istituti scolastici comprensivi. In ogni anno scolastico si propongono almeno 2 incontri tematici di un'ora e mezza ciascuno per ogni gruppo, volti ad avvicinare il genitore ad una riflessione sugli stili relazionali ed educativi improntati ad una sana crescita dei figli e a non indurre meccanismi di dipendenza. Si stimola una posizione più attenta sia del padre che della madre nella relazione educativa con i figli e una maggiore consapevolezza sui meccanismi sociali e mediatici che propongono stili di vita a rischio. Vengono sostenute iniziative di reciproco confronto e aiuto fra genitori. Il numero limitato di genitori presente in ogni gruppo (da 10 a 25 come massimo), così come la presenza di un conduttore stabile, sono pensati per facilitare l'interazione.

La metodologia prevede l'utilizzo di strategie di comunicazione efficace (media education) e l'attivazione dei genitori in gruppi di discussione.

Le tematiche proposte riguardano: caratteristiche e funzioni della famiglia nella società contemporanea; l'adolescente tra famiglia e società; stili educativi e agenzie educative; cultura, media, società.

Con un apposito questionario viene valutato il gradimento dell'iniziativa da parte dei genitori partecipanti.

Beneficiari

Target primario: bambini e preadolescenti di istituti comprensivi del territorio della ASL 3 Genovese zona centro
Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: genitori di bambini e preadolescenti fra i 3 e i 14 anni del territorio della ASL 3 Genovese zona Centro

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Sensibilizzare i genitori di bambini e preadolescenti sul ruolo primario della famiglia nel prevenire futuri comportamenti di dipendenza dei figli, attraverso un intervento precoce centrato su un più consapevole e corretto stile relazionale ed educativo.

Servizi aziendali coinvolti: Sert Centro, S.C. Assistenza Consultoriale Centro. Partecipano al progetto i seguenti operatori: Merlano Mariarosa, Arnuzzo Paola, Lusetti Eleonora, Buscaglia Claudia, Agrestini Simona, Maria Rosaria Di Donato.

Partners esterni coinvolti: Istituti Scolastici Comprensivi Zona Centro, Spazio Famiglia Zona Centro Comune di Genova

Modalità e strumenti di comunicazione: presentazione progetto a istituti comprensivi

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di gruppi di genitori aderenti al progetto		1 gruppo di genitori di preadolescenti o di bambini	1 gruppo di genitori di preadolescenti o di bambini	2 gruppi di genitori di preadolescenti o di bambini
Questionario di gradimento		gradimento buono da parte di almeno il 60% dei genitori	gradimento buono da parte di almeno il 60% dei genitori	gradimento buono da parte di almeno il 60% dei genitori

Responsabili del progetto: Elena Ducci, Mariarosa Merlano, Paola Arnuzzo

Le mille anime del cibo

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Progetto sperimentale triennale iniziato nel 2000 (alla quinta edizione), inserito nel Piano Regionale e risultato vincitore del premio "Buone Pratiche per Guadagnare Salute" assegnato dal Foromez per conto del Ministero della Salute del Lavoro e delle Politiche Sociali (CCM-Centro Nazionale per la Prevenzione e controllo malattie) nel maggio 2009, e che vede l'integrazione funzionale di Servizi territoriali e ospedalieri in un team polispecialistico efficace, per l'intervento preventivo nella collettività scolastica (alunni, insegnanti e famiglie), volto all'adozione di corretti stili di vita.

Il progetto prevede:

- o riunioni operative periodiche del team polispecialistico
- o incontri di formazione per genitori e insegnanti tenuti da operatori socio-sanitari (nutrizionisti, dietisti, operatori del SERT, operatori della MPCEE)
- o laboratori per lo svolgimento di attività pratiche inerenti i temi dell'alimentazione, in particolare scuole cucina per genitori
- o incontri in classe destinati agli alunni, con l'utilizzo della metodologia della Media Education
- o lezioni frontali per gli scolari, tenute da insegnanti, sulla composizione degli alimenti e sulla corretta alimentazione (progetto inserito nei POF d'Istituto); inoltre visite guidate, attività ludiche, attività di laboratorio, atelier di cucina
- o screening auxologico e attività di counselling per i bambini delle classi partecipanti
- o sportelli-centro di ascolto per i genitori
- o incontri informativi per la popolazione

I Comuni di Cogoleto ed Arenzano aderiscono al progetto fornendo alle scuole frutta a metà mattina e inoltre partecipano con propri operatori (dietisti) agli incontri di formazione per genitori e insegnanti

Beneficiari

Target primario :Alunni della Scuola Primaria e secondaria di primo grado dei comuni di Arenzano e Cogoleto, Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : famiglie e insegnanti

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Adozione corretti stili di vita: prevenzione obesità e malattie correlate, prevenzione disturbi del comportamento alimentare

Servizi aziendali coinvolti: S.S. di Dietologia e Nutrizione Clinica (Ospedale La Colletta), MPCEE (medici scolastici e assistenti sanitarie), SERT

Partners esterni coinvolti: Comune di Arenzano-Assessorato alle Politiche Giovanili e Politiche attive nel Campo Sociale; Comune di Cogoleto- Assessorato alla Pubblica Istruzione e Servizi Sociali; Scuole dell'Istituto Comprensivo di Arenzano; Scuole dell' Istituto Comprensivo di Cogoleto; Società Sportive (UISP); COOP Liguria (Centro Orientamento ai Consumi)

Modalità e strumenti di comunicazione: opuscoli su corretti stili di vita.

Indicatori	Valore dell'indicatore al 01-01-2013 (o a inizio progetto)	Valore dell'indicatore previsto al 31-12-2013	Valore dell'indicatore previsto al 31-12-2014	Valore dell'indicatore previsto al 31-12-2015
Valutazione di cambiamenti positivi nei comportamenti degli scolari misurata attraverso questionario (appositamente predisposto) somministrato agli alunni all'inizio ed alla fine del triennio 2013-2015 (sulla base di 4	Non valutato	Somministrazione questionario iniziale	Non pertinente	Somministrazione questionario finale: Modifica di almeno un comportamento in almeno il 10 % dei bambini

domande del questionario relative a colazione, tv, frutta e verdura, attività all'aria aperta)				
Adesione classi scuola primaria Arenzano che aderiscono al mattino alla "frutta nella scuola"	100%	100%	100%	100%
Adesione classi scuola primaria Cogoletto che aderiscono al mattino alla "frutta nella scuola"	25%	25%	30%	40%

Coordinatrice del Progetto: Cinzia Salani (S.S. Dietologia e Nutrizione Clinica Osp. La Colletta)

Progetti di educazione all'affettività e alla sessualità

Stiamo crescendo ... parliamone

Per la scheda vedi capitolo 3: Salute riproduttiva e sostegno alla genitorialità

Piccoli e grandi per crescere insieme

Per la scheda vedi capitolo 3: Salute riproduttiva e sostegno alla genitorialità

Crescere nel corpo e nella mente

Per la scheda vedi capitolo 3: Salute riproduttiva e sostegno alla genitorialità

Progetti del programma nazionale *Guadagnare Salute in Adolescenza*¹⁹

Paesaggi di Prevenzione

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Il Progetto, che rientra nel Programma ministeriale "Guadagnare salute in Adolescenza", é rivolto alle scuole secondarie di primo e secondo grado e fornisce un nuovo modello metodologico per la realizzazione della promozione della salute negli adolescenti in via prioritaria su attività fisica ed alimentazione, ma lasciando spazio anche ad altre tematiche.

La S.C.Assistenza Consultoriale (M.P.C.E.E.) ha avviato il progetto in 8 scuole secondarie di primo grado, costituendo in ogni scuola gruppi di regia formati da insegnanti e operatori sanitari con il compito di attivare nelle scuole percorsi condivisi, partendo dalla formazione degli insegnanti ad opera di operatori ASL, fino al supporto degli insegnanti nella realizzazione del progetto con gli alunni.

Il progetto prevede il coinvolgimento di almeno tre classi e tre insegnanti per classe con l'ausilio di strumenti didattici multimediali, e il suo inserimento nel POF (Piano dell'Offerta Formativa)

Beneficiari :

Target primario: alunni della scuola secondaria di primo grado (classi seconde e terze)

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: scuola, famiglia

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti :

Favorire l'adesione a corretti stili di vita nell'ambito di alimentazione e attività fisica

Servizi aziendali coinvolti: S.C.Assistenza Consultoriale, S.S. Epidemiologia, Centro Disturbi Alimentari

Partners esterni coinvolti: scuola

Modalità e strumenti di comunicazione: report finale delle attività svolte all'interno delle singole scuole; Sito Aziendale

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero scuole partecipanti	8 scuole	Almeno una nuova scuola per Distretto	Mantenimento del progetto nelle scuole aderenti (si intende lavorare sulle stesse scuole e classi del 2012 e del 2013)	Mantenimento del progetto nelle scuole aderenti
Formazione insegnanti	8 scuole	Formazione in tutte le nuove scuole aderenti al progetto	Non previsto	Non previsto
Coinvolgimento dell'istituto	Discussione consiglio d'istituto e inserimento nel POF in tutte le scuole partecipanti	Discussione consiglio d'istituto e inserimento nel POF in tutte le scuole partecipanti	Discussione consiglio d'istituto e inserimento nel POF in tutte le scuole partecipanti	Discussione consiglio d'istituto e inserimento nel POF in tutte le scuole partecipanti
Monitoraggio realizzazione progetto da parte del gruppo di regia	24 incontri	3 incontri per ogni nuova scuola	1 incontro per ogni scuola inserita nel progetto	1 incontro per ogni scuola inserita nel progetto

Responsabile del progetto: S.C. Assistenza Consultoriale

Referente del progetto: Franca Favareto

¹⁹ <http://www.inadolescenza.it/>

Unplugged

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Unplugged è un programma di prevenzione primaria dell'uso di sostanze rivolto ad adolescenti di età compresa tra 12 e 14 anni basato sul modello dell'influenza sociale e strutturato in una sequenza di 12 unità svolte dagli insegnanti durante l'anno scolastico.

Gli operatori della ASL (abilitati come formatori nazionali) realizzano il corso di formazione per gli insegnanti, che in seguito svilupperanno le attività nelle proprie classi; il corso è caratterizzato da 20 ore di attività (due giornate e mezza).

La metodologia di intervento col gruppo discende è interattiva e stimola l'acquisizione di capacità comunicative e relazionali all'interno del gruppo attraverso la discussione in gruppo disposti in cerchio, l'attivazione dei discenti attraverso tecniche di energizer, brainstorming e role - playing e l'utilizzo di materiale mediatico.

Durante l'anno scolastico gli operatori si fanno carico di monitorare l'attività degli insegnanti ed eventualmente di supportarli nelle attività in aula.

Il programma consente di lavorare in sinergia con la scuola e con tutti i servizi della ASL 3 coinvolti nel progetto per promuovere un programma unitario di interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti agli adolescenti efficaci e rispondenti a criteri di buona pratica.

Beneficiari

Target primario: studenti di scuola secondaria di primo e secondo grado compresi tra i 12 e i 14 anni del territorio della ASL 3 Genovese

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: insegnanti di scuola secondaria di primo e secondo grado del territorio della ASL 3 Genovese, genitori

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Obiettivo di salute: ridurre il numero di adolescenti che sperimentano e/o usano abitualmente sostanze stupefacenti legali e illegali (alcool, tabacco, cannabis, ecc.) e/o ritardarne l'inizio d'uso.

Obiettivo di processo: formazione di insegnanti delle scuole secondarie di primo e secondo grado della ASL3 Genovese

Servizi aziendali coinvolti: SERT, DCA Epidemiologia, S.C. Assistenza Consultoriale (MPCEE e Centro Giovani)

Partners esterni coinvolti: scuola, associazioni di genitori

Modalità e strumenti di comunicazione: materiali informativi cartacei, sito ASL

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di corsi attivati		1	1	1
Numero studenti che hanno realizzato le attività del progetto		Almeno 100	100	100
Numero di insegnanti formati		Almeno 30	Almeno 30	Almeno 30

Responsabili del progetto:

GiannaElisa Ferrando Struttura Epidemiologia

Annamaria Alemberti SERT Ponente

Paola Arnuzzo SERT levante

Enrica Colvara - Luciana Musti S.C. Assistenza Consultoriale

L'educazione tra pari per la prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse

Per la scheda vedi capitolo 3: Salute riproduttiva e sostegno alla genitorialità

Media education

In questo paragrafo sono riportati 5 progetti che utilizzano strumenti e metodi della media education:

- Media education: nuove prospettive per la promozione della salute nell'epoca dei media digitali
- Media education per la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare nelle scuole secondarie
- Media Educandi
- W l'indipendenza
- I giovani: i consumi e le dipendenze tecnologiche

Media education: nuove prospettive per la promozione della salute nell'epoca dei media digitali

Breve descrizione dell'intervento realizzato

La sempre maggior diffusione dei media e dei new media impone alla scuola nuove sfide. Le caratteristiche di autorialità, portabilità e multimedialità che caratterizzano questi media determinano nuove pratiche nell' utilizzo da parte dei giovani rendendo più complesso il ruolo della scuola e della famiglia. Appare quindi evidente come sia sempre più fondamentale per gli insegnanti acquisire una "competenza mediale" al fine di fornire ai ragazzi strumenti idonei ad approfondire il ruolo svolto dai media e dai new media nella produzione non solo di immagini, ma anche di un immaginario collettivo e di rappresentazioni simboliche, sociali e culturali che possono avere una notevole influenza nei processi di apprendimento e di crescita dei ragazzi contemporanei. A tal fine è stato realizzato il seguente progetto che intende offrire un percorso di formazione rivolto agli insegnanti della scuola primaria e secondaria di primo e secondo grado: a) fare un' analisi approfondita dei messaggi medialità (lettura); b) produrre testi nei diversi linguaggi e formati medialità (scrittura); c) sviluppare capacità di giudizio sul contenuto e la forma dei testi (senso critico); d) rendere consapevole e regolare autonomamente il proprio consumo mediale (fruizione); e) relazionarsi con gli altri, singoli o associati, attraverso i media, vivendo da cittadini nell'agorà contemporaneo (cittadinanza).

Il percorso formativo sarà suddiviso in 2 giornate in aula per un totale di 8 ore, di cui 4 dedicate alla parte teorica e 4 alla parte sperimentale, e di 2 ore di attività online

Beneficiari

Target primario: adolescenti

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : insegnanti, famiglie

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Favorire l'assunzione di sani stili di vita negli adolescenti attraverso l'utilizzo della metodologia della media education.

Il percorso di formazione con gli insegnanti si prefigge di:

- rendere consapevoli rispetto alla centralità delle immagini audiovisive e dei new media nel contesto contemporaneo, con particolare attenzione all'impatto di questi linguaggi/strumenti sui ragazzi
- fornire le competenze di base per gestire nelle classi attività complementari e di approfondimento sulle pertinenze tematiche, narrative e comunicative dei formati audiovisivi e dei new media, stimolando percorsi didattici con l'uso delle immagini;
- fornire le competenze per stimolare successivamente nelle classi percorsi con l'uso delle immagini, per trasformare la passività delle visioni in attività educativa e ludica volta in particolare alla consapevolezza della acquisizione di sani stili di vita
- promuovere l'acquisizione di un bagaglio esperienziale per costruire con gli allievi riflessioni critiche che vadano a implementare la consapevolezza sul loro rapporto con le immagini e con un uso più "ragionato" di telefoni cellulari e videogiochi.

Servizi aziendali coinvolti: Epidemiologia - CDA – Sert – S.C.Assistenza Consultoriale

Partners esterni coinvolti: Ufficio scolastico regionale e Istituti scolastici autonomi che ne facciano richiesta

Modalità e strumenti di comunicazione: predisposizione di materiali informativi cartacei, utilizzo dei siti internet istituzionali, utilizzo di spazi wiki e social network

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di corsi attivati	0	1	1	2
Numero di insegnanti coinvolti	0	12	12	24
Competenze insegnanti valutate attraverso questionario (post test)	Non pertinente	Risposte corrette in almeno il 60% degli items	Risposte corrette in almeno il 60% degli items	Risposte corrette in almeno il 60% degli items
Numero di attività realizzate dagli insegnanti con le loro classi	Non pertinente	Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2

Responsabili del progetto GE.Ferrando, A.Arata., A.Alemberti, I.Baldassarre, C.Marchese, V.Mazzoni

Media Education per la prevenzione dei DCA nelle scuole secondarie

Breve descrizione dell'intervento da realizzare

Esiste evidenza epidemiologica (ogni 100 ragazze tra i dodici e i venticinque anni, 8-10 soffrono di un DCA, 1-2 delle forme più gravi di anoressia e bulimia nervosa) che è in costante crescita il numero di soggetti che cerca di perdere peso raggiungendo valori ponderali pericolosi per la salute, soprattutto nella popolazione femminile. Tale fenomeno sembra essere correlato al mito della magrezza, mentre l'obesità viene vissuta come colpa e fattore di emarginazione sociale. Particolare attenzione va posta nei riguardi dei comportamenti che vengono mantenuti nelle comunità scolastiche e sportive, soprattutto nelle fasce d'età maggiormente a rischio.

Il progetto prevede diverse fasi di cui alcune facoltative:

1. una formazione dei docenti di 4 ore a scuola sull'uso della Media Education al fine di poter utilizzare il metodo in classe a seconda della materia svolta, per sviluppare nei ragazzi capacità di critica e life skills nella prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare
2. un incontro di ore 2 a scuola con le famiglie per dare indicazioni sulle attività svolte in classe da operatori sanitari e insegnanti e fornire strumenti sui disturbi del comportamento alimentare (facoltativo)
3. tre incontri di 2 ore ciascuno nelle classi aderenti al progetto da parte di operatori sanitari del CDA, utilizzando le tecniche di brainstorming e media education (facoltativo)
4. l'apertura a scuola di uno sportello quindicinale o mensile dedicato ai DCA e tenuto dal personale intervenuto nelle classi
- 5 la presentazione dello spettacolo "Corpo nostro cercasi" realizzato dalla compagnia teatrale Beato Ragno composta da ex utenti del CDA, a fine anno scolastico (facoltativo).

Beneficiari

Target primario studenti di 14-16 anni

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva della scuola: docenti della scuola, familiari degli studenti

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Obiettivo generale del progetto è aumentare nei ragazzi adolescenti e nelle loro famiglie la conoscenza e la consapevolezza dell'influenza che l'ambiente ed i media possono avere nella genesi di un disturbo del comportamento alimentare :

1. fornire ai ragazzi strumenti per rafforzare le competenze di vita (life skills) e ridurre i fattori di rischio per lo sviluppo di un DCA (Impulso alla magrezza, pressione sociale sul corpo femminile) attraverso anche l'uso di nuove tecnologie (social network, cellulari, i-pad)
2. fornire a docenti e familiari gli strumenti per la prevenzione e la diagnosi precoce dei DCA

Servizi aziendali coinvolti:

1. Centro Disturbi Alimentari
2. Sicurezza Alimentare - Struttura Sorveglianza nutrizionale
3. Struttura Epidemiologia

Partners esterni coinvolti:

1. Istituto superiore Gobetti
2. Compagnia teatrale Beato Ragno
3. Scuole di danza

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Valutazione risultati tramite questionario KAB ("Conoscenze, Atteggiamenti e Comportamenti) appositamente redatto	Somministrazione del questionario KAB da parte degli insegnanti agli studenti delle classi coinvolte	Nuova somministrazione del questionario KAB agli studenti a conclusione del percorso a fine anno scolastico. Valore dell'indicatore: almeno il 70% di restituzione dei questionari somministrati Valutazione della modifica delle conoscenze, atteggiamenti e comportamenti degli studenti rispetto al questionario iniziale	Non previsto	Non previsto
Apertura dello sportello dedicato	Non rilevato	N° accessi durante l'anno scolastico	N° accessi durante l'anno scolastico	N° accessi durante l'anno scolastico
Formazione dei docenti	Numero docenti partecipanti alla formazione	Almeno 2 docenti per ogni classe che partecipa al progetto	Almeno 2 docenti per ogni classe che partecipa al progetto	Almeno 2 docenti per ogni classe che partecipa al progetto

Responsabile del progetto

Antonella Arata, medico psichiatra, CDA

Federica Pascali, medico nutrizionista, Sicurezza Alimentare N.O. Sorveglianza nutrizionale

Media educandi

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Intervento di prevenzione/informazione finalizzato all'acquisizione di consapevolezza sui meccanismi di coinvolgimento in comportamenti e stili di vita potenzialmente a rischio veicolati dai media e in generale dalla società attuale; cenni di neurobiologia relativi ad alcool, sostanze, nicotina e azzardo adattati al target..

Durata intervento: due ore

Luogo dell'intervento: in classe o in aula multimediale (quando disponibile)

Numero studenti coinvolti per ogni incontro: 25 (in tutto 275)

Numero operatori coinvolti per ogni intervento: 5

Contenuti dell'intervento anno scolastico 2012-2013:

Test iniziale individuale

Stimolo della riflessione sugli stili di consumo: "brain storming" degli studenti, impressioni, associazioni di idee ...

Divisione della classe in gruppi attraverso tecniche ludiche

Proiezione di uno spot interrotto (tratto da una Campagna preventiva anti-alcool) e ricostruzione narrativa del finale da parte dei ragazzi, divisi in gruppi. Esposizione, commento partecipato e approfondimento sui temi emersi nei vari finali dello spot.

Cenni su metabolismo, fisiologia, patologia ed effetti dell'alcool.

Proiezione filmato pubblicitario: "La formula della felicità" e riflessioni partecipate sul tema dell'uso di sostanze, ulteriori collegamenti con i temi del benessere e del consumo.

Cenni su aspetti neurobiologici dell'utilizzo di sostanze, con particolare riferimento ai cannabinoidi.

Informazioni su aspetti fisiopatologici della dipendenza da nicotina

Cenni su aspetti psicologici, sociali e criminologici del gioco d'azzardo

Proposta alla classe di alcuni quiz (tratti da strumenti e metodi del progetto Unplugged), come stimolo ad una discussione

Test finale individuale

Beneficiari

Target primario Studenti Scuole Medie Inferiori. Classi II e III

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva gruppo dei pari, famiglia, docenti

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Finalità generali. Stimolare la consapevolezza dei ragazzi rispetto a modelli di consumo a rischio. Favorire le capacità critiche individuali. Dare informazioni scientificamente corrette.

Obiettivi specifici di processo: persone raggiunte: 275. Azioni: incontri di prevenzione nelle Scuole, come sopra descritto

Obiettivi specifici di salute o di esito: modificare le conoscenze e la consapevolezza degli studenti

Servizi aziendali coinvolti:

Gruppo di progetto costituito da operatori del Ser.T. Ponente Voltri

Partners esterni coinvolti: Istituti Comprensivi di Voltri, Arenzano e Cogoletto

Modalità e strumenti di comunicazione:

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero scuole partecipanti	3	3	3	3
Numero delle classi partecipanti	11	Almeno 10	Almeno 10	Almeno 10
Numero dei ragazzi coinvolti	275	Almeno 200	Almeno 200	Almeno 200
Risultato del test individuale		Incremento del 10% delle risposte esatte	Incremento del 10% delle risposte esatte	Incremento del 10% delle risposte esatte

Responsabile del progetto: Damiana Priano

W l'indipendenza

Breve descrizione dell'intervento realizzato: Corso di formazione di 3 incontri, per complessive ore 6, con i docenti di una delle scuole medie di primo grado, l'Ist. Comprensivo di Busalla, condotto dagli operatori dei tre servizi coinvolti nel progetto (Prefettura, Regione, Ser.T).

Il corso prevede una panoramica aggiornata sull'uso di sostanze nei giovani, attraverso i dati dell'Osservatorio Regionale, la normativa e la casistica illustrata dalle assistenti sociali della Prefettura. Il terzo incontro condotto dal Ser.T prevede la costruzione di percorsi con gli studenti sulla tematica delle Dipendenze, che saranno condotti in classe dagli insegnanti. Gli operatori forniranno un supporto a distanza per la costruzione del percorso con gli studenti. Questo progetto, realizzato dagli insegnanti, si propone di approfondire la complessità del fenomeno Dipendenze al fine di realizzare una iniziativa concreta con gli studenti, come la produzione di un cartellone o la costruzione di un messaggio di promozione della salute, rivolto alla stessa scuola o alla comunità. E' previsto l'utilizzo durante il corso di role playng, degli strumenti e della metodologia della Media Education per stimolare gli insegnanti a trovare collegamenti tra la didattica e le tematiche proposte, aumentando la consapevolezza degli adulti sull'importanza dei temi proposti nella riduzione dei rischi nei giovani di uso e abuso di alcol e sostanze.

Beneficiari

Target primario: studenti Scuola Media di Primo Grado

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : docenti della Scuola Secondaria di Primo Grado

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti :

- Aggiornare gli insegnanti sull'attuale consumo di alcol e sostanze degli adolescenti attraverso i dati dell'Osservatorio Regionale e della Prefettura.
- Aiutare docenti e studenti a riconoscere i rischi specifici dell'uso di sostanze in adolescenza, legati allo sviluppo neuronale, offrendo una visione realistica e aggiornata sul tema delle dipendenze e sullo sviluppo adolescenziale.
- Evidenziare l'importanza del lavoro di gruppo con gli studenti, aiutando gli insegnanti a costruire percorsi nei quali i ragazzi siano valorizzati come protagonisti del progetto.
- Aumentare nel target la consapevolezza dell'influenza dei nostri stili di vita e dei consumi nella spinta allo sviluppo di rischi e delle varie forme di dipendenza.

Servizi aziendali coinvolti: Ser.T S.C.Ponente

Partners esterni coinvolti: Prefettura (assistenti sociali) e Osservatorio Regionale della Liguria (Dr.ssa Salvini)

Modalità e strumenti di comunicazione: presentazione del progetto al Dirigente Scolastico e agli insegnanti referenti alla salute e al disagio

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Scuole partecipanti	0	1	mantenimento	mantenimento
Numero di insegnanti coinvolti	0	15	25	mantenimento
Realizzazione di un percorso di approfondimento sul tema delle dipendenze con gli studenti	nessuno	almeno una classe	almeno due classi	mantenimento

Responsabile del progetto

Alemberti Anna Maria

Dirigente Psicologo DSM

Ser.T S.C. Ponente

I giovani: i consumi e le dipendenze tecnologiche

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Incontri di sensibilizzazione rivolti ai genitori degli studenti :attraverso l'analisi di spot pubblicitari, immagini e spezzoni di film vengono messe in evidenza le connessioni tra l'utilizzo della tecnologia degli adolescenti e i nostri stili di vita, cercando di allargare lo sguardo a differenti punti di vista. Gli incontri conducono a riflettere sul tema del fenomeno Dipendenze così complesso e in continua evoluzione nel mondo contemporaneo, lo scopo è aumentare la consapevolezza di come certi comportamenti (uso del cellulare, del computer, piattaforme di gioco), qualora diventino compulsivi, possono avere effetti negativi sulle relazioni, sull'equilibrio emotivo e sullo sviluppo o meno di capacità cerebrali. Viene proposto un modello che aiuta ad osservare il fenomeno "Dipendenze" attraverso stimoli provenienti da più fonti: neuroscienze, psicologia sociale. Gli incontri sono rivolti ai genitori ma aperti anche agli insegnanti che possono così approfondire e riprendere i temi proposti con gli studenti. L'obiettivo è sensibilizzare gli adulti ad osservare i comportamenti dei giovani e ad interagire con essi, sostenendo il loro ruolo educativo, senza delegare agli esperti o ai mass media informazione ed approfondimenti.

Beneficiari

Target primario: genitori delle classi della Scuola Media di Primo Grado

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: Associazione di genitori presenti sul territorio

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- Favorire una lettura critica dei consumi e degli stili di vita degli adulti nell'influenzare i comportamenti dei giovani
- Mettere a fuoco rischi e vantaggi della tecnologia, per favorire scelte e comportamenti consapevoli degli adulti.

Servizi aziendali coinvolti: Ser.T S.C. Ponente

Partners esterni coinvolti:

Modalità e strumenti di comunicazione: presentazione ai Dirigenti Scolastici e agli insegnanti referenti alla salute e al disagio.

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di genitori partecipanti agli incontri	15	15	mantenimento	mantenimento
Numero scuole partecipanti	0	1	mantenimento	mantenimento

Responsabile del progetto

Alemberti Anna Maria (Dirigente Psicologo DSM S.C. Ponente Ser.T)

Federico Bruno (Dirigente Medico S.C. DSM Ponente Ser.T)

Altri progetti

Concorso “le scuole che promuovono la salute”

Breve descrizione dell'intervento realizzato

La Scuola è in grado di offrire un contributo significativo alla salute e al benessere degli studenti. Si tratta di un dato di fatto ampiamente riconosciuto dalle organizzazioni internazionali, tra cui l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), l'UNICEF, l'UNESCO, i Centri Statunitensi per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC) e l'Unione Internazionale di Promozione e Educazione alla Salute (IUHPE).

Il progetto intende valorizzare quei contesti scolastici che si sono particolarmente impegnati nel dare attenzione e spazio alla promozione della salute e per tale motivo, in collaborazione con l'Ufficio scolastico regionale, è stato bandito un concorso per individuare i migliori interventi che, a partire dall'anno scolastico 2011/2012, sono stati realizzati o progettati nelle scuole secondarie di primo e secondo grado della Regione Liguria in collaborazione con le ASL e per i quali è prevista la prosecuzione o l'attivazione nel corso dell'anno scolastico 2012/2013 e possibilmente negli anni successivi. La ASL fornirà il proprio sostegno a questi progetti sia attraverso l'incentivo economico sia attraverso interventi di supporto alla realizzazione dei progetti e alla formazione degli insegnanti. Il concorso sarà realizzato con i fondi di “Guadagnare salute in Adolescenza” riferiti ai progetti “Paesaggi di Prevenzione” e “Peer to peer”

Beneficiari

Target primario: gli studenti

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : insegnanti, operatori scolastici, famiglie

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- promuovere la salute e il benessere degli studenti contrastando alcuni fra i principali fattori di rischio nel campo dei comportamenti e degli stili di vita con particolare riferimento ad una alimentazione non corretta, alla sedentarietà, al fumo, al consumo di alcol ed ai comportamenti nell'ambito della sfera affettiva e relazionale
- collaborare con i genitori e la comunità locale;
- favorire la partecipazione e l'empowerment dello studente
- favorire l'inserimento dei temi della salute nelle attività correnti della scuola
- realizzare un Evento per presentare le attività realizzate agli operatori della scuola, della sanità ed alle famiglie

Servizi aziendali coinvolti: Epidemiologia, S.C. Assistenza Consultoriale

Partners esterni coinvolti: La scuola

Modalità e strumenti di comunicazione: Sito Asl, sito dell'USR

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Valutazione dei progetti da parte della Commissione interistituzionale composta e dai rappresentanti dell'USR per la Liguria e da rappresentanti delle ASL liguri		Entro il 31/01/2013		
Organizzazione Evento		Giugno 2013		
Monitoraggio e valutazione delle attività dei progetti premiati da parte della Commissione interistituzionale		Valutazione degli obiettivi conseguiti entro la fine dell'anno scolastico 2012/2013	Valutazione del numero dei progetti ancora attivi (indicatore di performance: almeno il 50% dei progetti premiati) e degli obiettivi conseguiti	Valutazione del numero dei progetti ancora attivi (indicatore di performance: almeno il 50% dei progetti premiati) e degli obiettivi conseguiti
Prosecuzione della collaborazione tra la ASL e l'USR		Almeno due riunioni di coordinamento inerenti il concorso entro il 2013	Almeno una riunione di coordinamento all'anno	Almeno una riunione di coordinamento all'anno

Responsabile del progetto: GiannaElisa Ferrando, Lia Finzi

Orientamenti: un'occasione di incontro con il mondo dei giovani

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Presenza di operatori di vari Servizi Aziendali e dei partners esterni coinvolti presso lo stand di ASL 3 al "Salone Orientamenti", con materiale informativo appositamente studiato e prodotto da ASL 3 con fondi finalizzati a progetti di prevenzione. Prova dell'etilometro. Collaborazione con progetto Biodrink e relativa distribuzione dei questionari ai giovani. Contatto diretto con studenti, genitori, insegnanti, educatori, mondo del volontariato.

Beneficiari

Target primario adolescenti: 13 – 20 anni

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: genitori, insegnanti, educatori, comunità locale

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

prevenzione primaria e secondaria dipendenze varie (alcol-sostanze-gioco d'azzardo- tecnologie)

prevenzione degli incidenti stradali in relazione alle condizioni psicofisiche correlate all'uso di alcol e sostanze stupefacenti

valorizzazione e promozione di stili di vita e di divertimento sani e prevenzione comportamenti a rischio

presentazione del servizio per le tossicodipendenze e della sua rete di contatti (collaborazione con associazioni e gruppi di auto-mutuo-aiuto presenti sul territorio genovese – istituti scolastici); presentazione degli altri servizi aziendali e delle loro iniziative

Servizi aziendali coinvolti: S.C. SERT Centro-Levante - Struttura Marketing e Comunicazione – S.C. Assistenza Consultoriale, Centro Giovani - Centro Disturbi Alimentari - Servizi Dietologia - Struttura Epidemiologia – Struttura Complessa Sicurezza Alimentare

Partners esterni coinvolti: associazioni auto mutuo aiuto (ARCAT – Genitori Insieme) - Cooperativa socio-educativa MINERVA

Modalità e strumenti di comunicazione: sito aziendale, iniziative della S.S. Relazioni Esterne per far conoscere il progetto del PAP

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 31/01/2012 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013
Partecipazione all'evento e distribuzione materiali informativi e gadgets	Partecipazione e distribuzione di materiali informativi e gadgets	Mantenimento partecipazione e distribuzione materiali	Mantenimento partecipazione e distribuzione materiali	Mantenimento partecipazione e distribuzione materiali
Contatti per consultazione	5000	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Contatti per richiesta materiale a seguito della manifestazione	500	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento

Responsabile del progetto

Per Struttura Marketing e Comunicazione: Natascia Massocco

Responsabili dei Servizi coinvolti

Sulla strada pensa a te e agli altri

Per la scheda, vedi capitolo 9: Prevenzione degli incidenti stradali e domestici e prevenzione dei rischi in ambienti di vita

4.5.2 La promozione della salute degli adolescenti nei loro luoghi di ritrovo e di divertimento

Progetto Fenice: "Abitare il limite"				
<ul style="list-style-type: none"> Interventi di Riduzione del Danno per la Prevenzione dell'AIDS nella popolazione tossicodipendente giovanile Interventi di riduzione del rischio relativi a nuovi stili di vita e consumi nei luoghi del loisir, eventi, concerti, discoteche, rave 				
Breve descrizione dell'intervento realizzato				
<ul style="list-style-type: none"> il progetto, attraverso una squadra che si sposta su Unità Mobile, nelle zone di spaccio e di assunzione di sostanze, contatta le persone per attivazione di counselling su HIV e droghe, consegna materiale iniettorio sterile, e presidi sanitari della prevenzione HIV e HCV (profilattici), consegna naloxone (farmaco salvavita con istruzioni per la prevenzione e la gestione dell'overdose), consegna materiale grafico di prevenzione, generi di conforto e per l'igiene personale e facilita l'invio alle strutture pubbliche partecipazioni ad eventi c/o centri sociali, concerti, feste estive, movida serale nei vicoli con camper, chill-out (spazio tregua) al fine di favorire comportamenti autotutelanti o affiancare giovani in temporanea difficoltà legata all'assunzione di sostanze legali e non attraverso counselling, assistenza infermieristica ed educativa, fornitura materiale informatico, presidi sanitari, test alcolemia. 				
Beneficiari				
<ul style="list-style-type: none"> tossicodipendenti attivi, persone che praticano la prostituzione con particolare attenzione alle persone trafficate, popolazione in genere popolazione giovanile che si aggrega nei luoghi del divertimento formali e informali 				
Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti				
<ul style="list-style-type: none"> Prevenzione universale e indicata della diffusione del virus hiv/aids e di altre patologie correlate Prevenzione universale e indicata overdose letale diminuzione dell'area del sommerso nella dipendenza prevenzione selettiva e indicata rivolta alle fasce giovanili, stranieri e non, relativamente ai rischi di consumi problematici, violenze, gravidanze indesiderate, incidenti stradali ecc. 				
Servizi aziendali coinvolti: Servizio Dipendenze della ASL 3				
Partners esterni coinvolti: Associazione Afet Aquilone Onlus				
Modalità e strumenti di comunicazione:				
uscite su strada, materiale informativo diffuso ampiamente in luoghi sanitari ma anche di passaggio es. IKEA/Feltrinelli/coop, facebook, sito abitareillimite.org				
INDICATORI	VALORE INDICATORE AL 1/1/2012	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Uscite annuali di contatto con pubblico	50	50	mantenimento	mantenimento
Totale contatti	3000	3500	mantenimento	mantenimento
Alcol test	800	900	mantenimento	mantenimento
Distribuzione presidi sanitari (siringhe, profilattici, tamponcini disinfettanti, tappi orecchie, cannucce)	1800	2500	mantenimento	mantenimento
Materiale cartaceo informativo di vario genere e calibrato sui target	3000	3000	mantenimento	mantenimento

Responsabile Progetto: M.Gabriella Zanone Ed. Professionale, Tiziana Lunghi Infermiera Prof.le Equipe dell'Associazione Afet Aquilone Onlus coordinata Ed. Bacchione Giuliana

Patto territoriale per l'adolescenza: azioni integrate socio sanitarie per la prevenzione del disagio degli adolescenti nel DSS12

Breve descrizione dell'intervento realizzato Il progetto intende promuovere il benessere e la salute degli adolescenti nel territorio del DSS12 attraverso la stipula di un Patto territoriale che coinvolge più soggetti pubblici (sanitari sociali educativi) e privati nella consapevolezza che la complessità sociale che caratterizza la vita quotidiana dei ragazzi di questa fascia d'età e le loro famiglie, che spesso incontrano difficoltà nell'affrontare il ruolo genitoriale, rende necessario, un intervento comune che assuma come obiettivi prioritari: a) migliorare i contesti e gli stili di vita dei ragazzi e il sistema delle loro relazioni con i coetanei e con i familiari; b) sostenere genitori, insegnanti e operatori nel loro ruolo educativo attraverso azioni mirate a rafforzarne forme di collaborazione; c) favorire, attraverso interventi di promozione della salute nella scuola, lo sviluppo delle potenzialità dei ragazzi, in una logica di prevenzione del disagio giovanile, ma anche di educazione alla legalità, alla assunzione di responsabilità e di esercizio attivo ai loro diritti di cittadinanza.

L'adolescenza ci pone interrogativi sempre più complessi e variabili e la risposta non può che essere quella una **comunità educante** che sia pronta a farsi carico della promozione sane condizioni di crescita

Il monitoraggio delle attività dei servizi coinvolti nell'assistenza ai giovani e la mappatura dei loro punti di incontro consentiranno di avere un quadro dei bisogni relativi a questa fascia di età nel territorio; la sottoscrizione del patto territoriale (Sanità - sociale – scuola) permetterà di programmare e realizzare azioni comuni per promuovere sani stili di vita e favorire l'accesso dei giovani ai servizi.

Beneficiari

Target primario ragazzi di età compresa tra 10 e 20 anni

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : le famiglie, gli insegnanti gli educatori

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- 1) Verifica bisogni attraverso una analisi delle attività dei servizi socio sanitari
- 2) Mappatura dei punti di incontro formali ed informali degli adolescenti del territorio
- 3) Sottoscrizione di un patto territoriale per la prevenzione del disagio negli adolescenti tra Sanità Comune, Scuola
- 4) Pianificazione e programmazione di azioni integrate socio/ sanitarie per la promozione di sani stili di vita e per favorire l'accesso ai servizi

Servizi aziendali coinvolti: Distretto socio sanitario, S.C. Assistenza Consultoriale, Sert, SSM

Partners esterni coinvolti: Scuola, Privato sociale convenzionato, Associazioni

Modalità e strumenti di comunicazione: Incontro pubblico con tutti i portatori di interesse, sito ASL, comunicati stampa, materiale grafico informativo

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Raccolta dati sulle attività dei Servizi		Report finale entro luglio 2013		
Mappatura del territorio		Realizzo entro settembre 2013		
Sottoscrizione patto territoriale		Entro il 31/12/2013		
Realizzazione di azioni integrate di promozione della salute		Entro il 31/12/2013 programmazione degli interventi	Realizzazione di 1 intervento integrato	Realizzazione di due interventi integrati

Responsabili del progetto: Maria Romana Delle Piane, Maria Neri

4.5.3 Informazione e comunicazione rivolta a gruppi di popolazione, prevalentemente adulta (compresi gli operatori sanitari), su vari temi inerenti la salute e gli stili di vita

In questo paragrafo vengono descritti:

- interventi di formazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari
- interventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione e agli operatori sanitari in una prospettiva di auto mutuo aiuto
- interventi di comunicazione sociale per la salute
- interventi di medicina di iniziativa

Interventi di formazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari

<i>L'auto mutuo aiuto: il farmaco del futuro</i>				
Breve descrizione dell'intervento realizzato Corso di formazione e sensibilizzazione di operatori sanitari rivolto ad operatori sanitari per promuovere esperienze di mutualità (Gruppi di Auto Mutuo Aiuto) in ambiti vari tra cui i PAC e formare nuovi potenziali facilitatori di gruppi AMA				
Beneficiari Target primario: 40 operatori sanitari Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : Utenti con problemi alcol correlati afferenti ai gruppi AMA facilitati dagli operatori neo formati				
Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti Mobilitazione di risorse necessarie a promuovere, mantenere e ristabilire la salute di individui e comunità				
Servizi aziendali coinvolti: Rete Alcolologica del Ser.T.				
Partners esterni coinvolti: Collegio IPASVI, Fondazione Piaggio				
Modalità e strumenti di comunicazione:				
INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di operatori sanitari formati per funzioni di facilitatore di gruppi AMA	0	40	Mantenimento previa valutazione risultati e fattibilità	Mantenimento previa valutazione risultati e fattibilità

Responsabile del progetto

Giorgio Schiappacasse

I Problemi Alcol Correlati (PAC): diagnostica ed intervento – conoscere e lavorare con i Club Alcolisti in Trattamento

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Giornata di formazione rivolta ai MMG per sensibilizzare ed informare rispetto al trattamento secondo la metodologia Hudolin in collaborazione con i CAT

Beneficiari

Target primario : MMG

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : Utenti afferenti ai MMG coinvolti

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Aumentare il numero di accessi di pazienti con PAC afferenti ai CAT

Servizi aziendali coinvolti:

Rete Alcologica del Ser.T.

Partners esterni coinvolti:

Ordine dei Medici

Modalità e strumenti di comunicazione:

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di MMG sensibilizzati alla metodologia Hudolin	0	20	mantenimento	mantenimento

Responsabile del progetto

Giorgio Schiappacasse

Acudetox protocollo di puntura auricolare per problemi di dipendenza

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Corso di formazione di operatori sanitari (infermieri, medici) sulla tecnica Acudetox quale protocollo di puntura auricolare allo scopo di ridurre craving da sostanze (tra cui alcol), sintomi di astinenza, ansia, nervosismo, insonnia

Beneficiari

Target primario : Soggetti con problemi di abuso di cocaina, alcol, eroina, poliabuso, ecc.

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : Familiari e conoscenti dei soggetti compresi nel Target primario

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Riduzione nei soggetti che abusano di sostanze del fenomeno di craving da sostanze (tra cui alcol), sintomi di astinenza, ansia, nervosismo.

Servizi aziendali coinvolti:

SerT Ponente e Ser.T. Levante

Partners esterni coinvolti:

Collegio IPASVI, Associazione NADA

Modalità e strumenti di comunicazione:

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di operatori sanitari formati per la tecnica Acudetox	0	25	Mantenimento (previa verifica fattibilità)	Mantenimento (previa verifica fattibilità)

Responsabile del progetto

Giorgio Schiappacasse e Elena Ducci

Utilizzo del marketing sociale per la promozione della salute in Asl 3 genovese

Breve descrizione dell'intervento realizzato

“L'utilizzo del marketing sociale per favorire l'adozione di sani stili di vita si inserisce in un percorso di sperimentazione di modalità efficaci di promozione della salute. Accanto alle tradizionali attività di educazione alla salute e comunicazione sociale, si propone di consentire ai cittadini di acquisire abilità e competenze per scegliere in modo libero e consapevole cosa è bene per la propria salute, coerentemente con gli obiettivi indicati dalla Carta di Ottawa” (Fattori G. www.marketingsociale.net).

L'importanza dell'applicazione del Marketing Sociale alla Promozione della Salute è testimoniata inoltre dal suo inserimento tra i nuovi termini del Glossario dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2006): *"Il marketing sociale è l'applicazione delle tecniche del marketing commerciale all'analisi, alla pianificazione, alla realizzazione ed alla valutazione di programmi volti ad influenzare il comportamento del pubblico di riferimento al fine di migliorare il benessere degli individui e della società."*

“Un intervento di marketing sociale darà buoni risultati, per quanto riguarda la modifica di comportamenti, solo se inserito in una più ampia strategia di politiche integrate, nei vari ambiti che possono interessare la vita quotidiana (economia, lavoro, ambiente, urbanistica, istruzione, cultura...) e di utilizzo coordinato degli strumenti disponibili, in un approccio di carattere informativo-educativo, ma anche normativo, economico e tecnologico (possibilità di orientare i comportamenti con atti normativi, di incentivarli o disincentivarli utilizzando la leva economica, di facilitarne l'adozione grazie ad innovazioni tecnologiche...). Tuttavia, anche al di fuori di tali condizioni di contesto, non sempre presenti o realizzabili, anche un'azione isolata di marketing sociale può portare qualche beneficio nella sensibilizzazione dei cittadini e dei vari attori sociali su un dato tema o problema, portandolo al centro dell'attenzione dell'arena pubblica ed evidenziando la necessità di affrontarlo prioritariamente, di costruire alleanze, di far interagire sinergicamente conoscenze, capacità e competenze, di integrare appunto le politiche e di coordinare le azioni, del pubblico e dei soggetti privati, per risolverlo.” (DORS Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute)

Attraverso questo progetto ci si propone di:

- o costituire un gruppo di lavoro che si faccia carico dell'organizzazione e della gestione di tutte le attività inerenti il progetto
- o organizzare un corso di formazione rivolto agli operatori di vari servizi aziendali che si occupano di promozione della salute; tale corso prevede degli incontri in aula e una parte pratica in cui è possibile rivedere i progetti già in itinere o realizzarne di nuovi, tenendo conto dei metodi e degli strumenti del marketing sociale
- o monitorare le attività avviate a seguito del corso
- o organizzare due workshop (rispettivamente nel 2014 e nel 2015) per procedere ad una valutazione dei risultati delle attività avviate a seguito del corso

Beneficiari

Target primario: Operatori di vari servizi della Asl 3 Genovese

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: Comuni, Associazioni, Privati

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Obiettivo generale: Promozione dell'autonomia decisionale degli individui (empowerment) attraverso l'utilizzo delle tecniche di marketing sociale in ambito sanitario.

Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale per:

- l'organizzazione e la realizzazione del percorso formativo sulle tecniche del marketing sociale rivolto agli operatori sanitari. Tale percorso si svolgerà in un modulo di più giornate nel 2013 al quale potranno fare seguito giornate di workshop negli anni successivi per l'analisi e la verifica delle attività svolte
- il coordinamento ed il monitoraggio delle attività avviate a seguito del corso

Servizi aziendali coinvolti: tutti i servizi aziendali intra ed extraospedalieri impegnati in attività di promozione e prevenzione della salute

Partners esterni coinvolti: Istituzioni (Comuni, provincia, municipalità, scuola), Associazioni, Privati

Modalità e strumenti di comunicazione: Sito Aziendale, comunicati stampa, eventi rivolti alla popolazione, materiale cartaceo, comunicazione diretta agli individui

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Costituzione del gruppo di coordinamento aziendale	Non pertinente	Costituzione gruppo	Attività del gruppo	Attività del gruppo

Numero di incontri di coordinamento delle attività	Non pertinente	2 incontri	6 incontri	6 incontri
Realizzazione del percorso formativo	Non pertinente	Realizzazione del corso	Realizzazione di un workshop	Realizzazione di un workshop
Numero operatori coinvolti	Non pertinente	Almeno 40	Almeno 20	Almeno 20
Numero di progetti implementati che utilizzano la metodologia del marketing sociale	Non pertinente	Non pertinente	4	6

Responsabile del progetto

Pascali Federica - Dipartimento di Prevenzione

Ferrando GiannaElisa – Dipartimento di Prevenzione

Il counselling minimo per gli stili di vita sani. Cominciamo da noi.

Breve descrizione dell'intervento realizzato.

Ogni occasione di incontro tra un cittadino e un operatore o un servizio sanitario può essere un'occasione per la promozione di sani stili di vita. Di particolare importanza risulta il ruolo di quegli operatori sanitari che possono instaurare con gli assistiti un rapporto di fiducia basato su una relazione continuativa nel tempo, come i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta.

Dai dati Passi risulta che nella popolazione di Asl 3 Genovese gli stili di vita non salutari sono diffusi. Ma risulta anche un insufficiente impegno degli operatori sanitari nel dare informazioni e consigli su questi argomenti.

Può quindi essere utile un'attività di formazione degli operatori che però deve essere mirata a fornire delle **competenze**, cioè a raggiungere dei risultati non solo nell'ambito del sapere, ma soprattutto del saper fare. Nel campo della promozione della salute, infatti, il punto critico non è quello di informare, ma quello di affrontare le resistenze al cambiamento, agendo sulla motivazione.

Quest'ultima dipende dal **valore** che si attribuisce all'obiettivo. Se l'obiettivo rappresenta realmente un valore per il professionista sanitario, questi sarà motivato a dare informazioni e consigli agli assistiti, ma contemporaneamente anche a riconsiderare i propri stili di vita, compiendo un percorso che va dal sapere al fare, passando per il "saper fare", ma anche per il "saper essere".

Il presente progetto si propone di aumentare la motivazione degli operatori sanitari ad impegnarsi nel dare informazioni e consigli per il cambiamento degli stili di vita della popolazione, attraverso progetti formativi che si pongano come obiettivo l'acquisizione non solo di conoscenze, ma anche di competenze (comprese quelle relative al "counselling minimo" o "delle 5 A": vedi pag 117 del presente Piano Aziendale della Prevenzione) che possano essere utili per la professione e per la vita (life skills). Inoltre verranno progettati, in collaborazione con l'Università, interventi rivolti agli studenti dei Corsi di laurea e di specializzazione per varie professioni socio-sanitarie e del Corso di laurea in Scienze Motorie.

Beneficiari

Target primario: gli operatori della Asl 3 Genovese (dipendenti e convenzionati) e gli studenti dei Corsi di laurea in varie professioni sanitarie e del Corso di laurea in Scienze Motorie

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: gli Ordini professionali, le Associazioni dei professionisti sanitari, l'Università

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Aumentare le conoscenze del target in merito alla prevalenza degli stili di vita non salutari nella popolazione della Asl 3 Genovese.

Modificare atteggiamenti e comportamenti del target nel campo degli stili di vita salutari. Aumentare la disponibilità a dare informazioni e consigli su questi argomenti.

Servizi aziendali coinvolti: Epidemiologia, Assistenza Geriatrica, S.C.Assistenza Consultoriale, Sert, Distretti sociosanitari

Partners esterni coinvolti: MMG e PLS, Ordini e Associazioni professionali.

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero corsi attivati		Almeno un corso	Almeno due corsi	Almeno due corsi
Numero operatori coinvolti		Almeno 20 operatori	Almeno 40 operatori	Almeno 40 operatori
Sensibilizzazione del target sui temi relativi agli stili di vita, in una prospettiva personale e professionale(questionario tratto da Passi, con rielaborazione domanda sul counselling)		Somministrazione questionario a inizio corsi	Somministrazione questionario a inizio corsi	Somministrazione questionario a inizio corsi
Progettazione interventi rivolti a studenti di Corsi di laurea per professioni socio-sanitarie e del Corso di laurea in Scienze Motorie		Contatti e accordi con Istituti Universitari genovesi	Realizzazione di almeno una ADE o seminario o altra attività didattica in almeno un Corso di laurea per professioni socio-sanitarie o del Corso di laurea in Scienze Motorie	Realizzazione di almeno una ADE o seminario o altra attività didattica in almeno un Corso di laurea per professioni socio-sanitarie o del Corso di laurea in Scienze Motorie

Responsabile del progetto

Floriana Pierri, Claudio Culotta

Interventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione e agli operatori sanitari in una prospettiva di auto mutuo aiuto

Corso di sensibilizzazione al trattamento dei soggetti con Problemi Alcol Correlati (PAC) secondo metodologia Hudolin

Breve descrizione dell'intervento realizzato				
Corso di formazione della durata di 50 ore, 6 giorni settimanali allo scopo di formare soggetti al ruolo di "Servitore Insegnante" dei Club degli Alcolisti in Trattamento				
Beneficiari				
Target primario : Popolazione e operatori sanitari Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : Popolazione con PAC				
Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti				
Aumentare il numero dei soggetti sensibilizzati al trattamento secondo la metodologia Hudolin seguendo il modello dell'influenza sociale				
Servizi aziendali coinvolti:				
Rete Alcolologica del Ser.T.				
Partners esterni coinvolti:				
ARCAT Liguria				
Modalità e strumenti di comunicazione:				
INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di soggetti formati con ruolo di Servitore Insegnante di Club degli Alcolisti in Trattamento	0	40	mantenimento	mantenimento

Responsabile del progetto

Giorgio Schiappacasse

Interventi di sostegno alla genitorialità nell'ambito della prevenzione dei comportamenti di dipendenza attraverso le metodologie dell'auto-aiuto

Breve descrizione dell'intervento realizzato.

Il primo gruppo di auto aiuto per genitori è nato nel 1997, quando gli operatori del SerT si sono resi conto che non era sufficiente seguire gli adolescenti che presentavano dei comportamenti a rischio, ma che era importante anche sostenere i genitori nella loro azione educativa.

E' nato così il primo gruppo di genitori che hanno iniziato ad incontrarsi settimanalmente per confrontarsi e condividere le proprie difficoltà nel gestire i comportamenti problematici dei loro figli.

Dopo due anni, verificando i risultati positivi ottenuti da questi incontri che si basavano sullo scambio e sulla condivisione, i genitori hanno deciso di costituirsi in associazione con la finalità di diffondere questo metodo e costituire nuovi gruppi.

Gli operatori del SerT sono attualmente presenti nei gruppi in qualità di facilitatori, e hanno mantenuto un ruolo di supervisione dei gruppi e di formazione continua, organizzando ogni anno nuovi corsi per facilitatori, a cui possono partecipare i genitori dei gruppi e/o volontari, con la finalità della crescita e autonomia dell'associazione stessa

Attualmente a Genova sono presenti 16 gruppi di auto aiuto.

Nell'anno 2012 le presenze dei genitori ai gruppi sono state di circa 240 genitori.

Il gruppo di autoaiuto ha lo scopo di sostenere i genitori di adolescenti che hanno comportamenti problematici, (con una particolare attenzione ai comportamenti di dipendenza: uso di sostanze, alcol, gioco, dipendenze dalle tecnologie, ecc.) per condividere e confrontare le esperienze e rafforzare le capacità educative genitoriali.

Nel gruppo ogni genitore trova uno spazio di ascolto, di rispetto, di riservatezza. Ognuno parla di sé, racconta la propria storia, non vengono espressi giudizi, ma si crea un clima di condivisione e di ascolto, si interagisce, si socializza, si accetta il confronto

Attraverso lo scambio, ciascuno può trovare la forza per mettere in atto dei cambiamenti

Il gruppo di auto aiuto si basa sul principio della "cura di sé attraverso gli altri", in risposta all'attuale modello di vita spesso caratterizzata dall'isolamento e che dimostra:

il bisogno di legami

di socializzare il proprio malessere

di riappropriarsi delle proprie competenze (non più delega agli altri della soluzione dei propri problemi, ma mobilitazione delle risorse interne di ciascuno)

Beneficiari

Target Primario: adolescenti che presentano comportamenti a rischio

Target secondario e moltiplicatori dell'azione preventiva: genitori con figli adolescenti che presentano comportamenti a rischio

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Obiettivo di salute: Prendersi cura di sé attraverso gli altri: recuperare e/o mantenere un benessere sociale tramite il confronto e il supporto di altri che vivono gli stessi problemi: sofferenza, disagio, diversità.

Obiettivo di Processo: formazione continua dei genitori e corsi annuali per facilitatori

I genitori ascoltando e scambiando le proprie esperienze nel gruppo, possono riscoprire le loro risorse e migliorare la capacità di relazionarsi con i propri figli, aiutandoli ad acquisire maggiore responsabilità ed autonomia

Il gruppo aiuta a

- Lavorare sul cambiamento
- Porre obiettivi raggiungibili e valorizzarli (un piccolo passo alla volta)
- Riconoscere che il vero cambiamento comincia da sé stessi, e avrà delle ricadute su tutta la famiglia
- Individuare nuove strategie educative e comportamentali da adottare nei confronti dei figli

Servizi aziendali coinvolti:

SerT

Partners esterni coinvolti:

Associazione "Genitori Insieme"

Servizi territoriali segnalanti: UEPE, USSM, ATS, Centri Giovani, Centri di ascolto, genitori che spontaneamente si rivolgono al sito

Modalità e strumenti di comunicazione:

Corsi di sensibilizzazione per operatori dei Servizi

Incontri di formazione per genitori

Corsi annuali per facilitatori (volontari)

Materiale divulgativo informativo (stampa di 1000 copie di depliant specifico)

Aggiornamenti periodici, mensili, tra genitori e facilitatori

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
NUMERO DI GRUPPI ATTIVATI	16	16	16	16
NUMERO DI CORSI ATTIVATI	1	1	1	1

Responsabile del progetto per S.C.Levante: Elena Ducci

Referente: Cinzia Colombani

Responsabile del progetto per S.C.Ponente: Giorgio Schiappacasse

Referente: Graziella Belotti

Comunicazione sociale per la salute

<p><i>Interventi educativi rivolti a gruppi di cittadini sui fattori di rischio modificabili: mancanza di attività fisica e alimentazione scorretta</i></p>
<p>Breve descrizione dell'intervento realizzato</p> <p>Razionale. I problemi prioritari di salute nell'attuale scenario si possono sintetizzare con tre parole chiave: prevalenza di malattie croniche, progressivo invecchiamento e disabilità / non autosufficienza. Vi sono ormai solide evidenze che dimostrano che la prevenzione delle malattie croniche è un obiettivo possibile e realizzabile agendo sui fattori di rischio comuni modificabili</p> <p>L'OMS afferma che "è stato dimostrato che l'attività fisica regolare riduce il rischio di malattia cardiaca coronarica e infarto, diabete, ipertensione, cancro al colon e depressione. Il Ministero della salute (MDS) e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nelle recenti linee guida affermano che "forti evidenze sull'associazione fra attività fisica e benefici per salute si hanno per la mortalità da tutte le cause. L'attività fisica favorisce inoltre la riduzione delle fratture dell'anca e della colonna vertebrale. Infine l'attività fisica è protettiva sulla salute mentale, in particolare verso sintomi depressivi e declino cognitivo associati all'età, inclusa la comparsa di demenza".</p> <p>"La corretta alimentazione riveste un ruolo fondamentale nella prevenzione di molte patologie cronico-degenerative e dell'obesità, che è, essa stessa, un fattore di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari, tumori e diabete. La raccolta dati "OKkio alla Salute" 2010 ha messo in luce la grande diffusione, tra i bambini, di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e che predispongono all'aumento di peso.</p> <p>Il Sistema di sorveglianza Passi conferma che fra i cittadini di età compresa fra i 18 e i 69 anni la pratica di attività fisica è insufficiente e la percentuale di persone sovrappeso è elevata (sovrappeso 27%, obesi 8%); le abitudini alimentari non sono ottimali e in particolare il consumo di frutta e verdura è scarso.</p> <p>Interventi da attuare 2013-2015</p> <ul style="list-style-type: none">• Costituzione del gruppo di lavoro• Pianificazione ed attuazione di riunioni con rappresentanti MMG e PLS, Distretto socio-sanitario, ATS, Comuni, Municipi, AUSER - Centro Universitario Ponente e altre Associazioni, per presentare il progetto e stabilire sedi, tempi e modalità organizzative / operative degli incontri con la cittadinanza• Preparazione del materiale didattico-informativo da utilizzare negli incontri con la popolazione• Attuazione degli incontri <p>Valutazione attraverso risultati di questionario di gradimento</p>
<p>Beneficiari</p> <p>Target primario: cittadini del ponente genovese o dell'area metropolitana</p> <p>Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: MMG, PLS, Distretto socio-sanitario, Comuni e Municipi, Associazioni</p>
<p>Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti</p> <ul style="list-style-type: none">• Migliorare le conoscenze sui fattori di rischio modificabili per la prevenzione delle malattie croniche• Promuovere una corretta alimentazione contrastando il sovrappeso e l'obesità• Promuovere l'adesione ai livelli raccomandati di attività fisica• Valutare il livello di gradimento degli incontri attraverso questionario
<p>Servizi aziendali coinvolti:</p> <p>Distretti socio-sanitari, S.S. di Dietologia e Nutrizione Clinica dell'Ospedale La Colletta di Arenzano, S.S. Epidemiologia</p>
<p>Partners esterni coinvolti: Comuni del Ponente Genovese e dell'area metropolitana; Associazioni (UNITRE, AUSER - Centro Universitario Ponente, altre Associazioni); Coop Liguria; MMG e PLS</p>
<p>Modalità e strumenti di comunicazione: Programmazione concordata con le istituzioni/associazioni che sono partner nel progetto (Comuni, Associazioni, Servizi sociali, Circoli culturali)</p> <p>Utilizzo dei media previo accordo con la S.S.Relazioni esterne-URP</p> <p>Locandine informative affisse nelle bacheche istituzionali delle Amministrazioni locali e dell'ASL.</p> <p>Opuscoli informativi a tema</p>

Indicatori	Valore dell'indicatore al 01-01-2013 (o a inizio progetto)	Valore dell'indicatore previsto al 31-12-2013	Valore dell'indicatore previsto al 31-12-2014	Valore dell'indicatore previsto al 31-12-2015
Costituzione gruppo di lavoro		Costituzione gruppo di lavoro in almeno un distretto	Proposta di gruppo di lavoro interdistrettuale	
Riunioni con rappresentanti MMG e PLS, Distretto socio-sanitario, ATS, Comuni, Municipi, Associazioni,		Almeno una riunione in almeno un Distretto socio-sanitario	Almeno una riunione in almeno due Distretti socio-sanitari	Almeno una riunione in almeno tre Distretti socio-sanitari
Numero incontri con la popolazione	zero	almeno un incontro in almeno un Distretto	almeno un incontro in almeno due Distretti	almeno un incontro in almeno tre Distretti
Risultati questionari di -gradimento	zero	Almeno 60% risposte positive	Almeno 60% risposte positive.	Almeno 60% risposte positive

Responsabili del Progetto: Angela Corbella, Silvana Cuzzolaro, Cinzia Salani

Educazione alla salute per gruppi di popolazione in collaborazione con Unitre

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Educazione alla salute per gruppi di popolazione (Università delle tre età di Arenzano e Cogoleto)
 Progetto attivo da oltre 15 anni coordinato dalla Dietologia e Nutrizione Clinica/Medicina Riabilitativa dell'Ospedale La Colletta di Arenzano su richiesta formale della Direzione Didattica dell'Unitre. Il gruppo di lavoro è multidisciplinare: più specialisti appartenenti a diverse U.O. Ospedaliere e Territoriali, secondo un calendario di argomentazioni scientifiche proposte dalla Direzione Unitre, conduce per ogni anno accademico incontri con la popolazione degli iscritti al corso di "educazione alla salute" (circa 50 iscritti) in spazi e date programmate ad inizio anno accademico. Il corso si svolge a cadenza mensile nel periodo ottobre-maggio di ogni anno accademico. Oltre gli iscritti hanno accesso agli incontri altri rappresentanti di gruppo (genitori, associazioni, insegnanti, operatori sanitari..) che ne facciano richiesta

Beneficiari

Target primario : Iscritti alla università delle tre età di Arenzano e Cogoleto
 Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : loro famiglie e rappresentati di categoria che ne facciano richiesta

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

L'intervento vuole stimolare i destinatari finali e intermedi ad acquisire stili di vita salutari e indurre ad assumersi l'impegno verso la propria/altrui salute
 I destinatari vengono coinvolti nella fase di elaborazione del progetto e realizzazione dell'intervento

Servizi aziendali coinvolti:

S.S. di Dietologia e Nutrizione Clinica dell'Ospedale La Colletta di Arenzano
 Unità Operative Ospedaliere e Territoriali a rotazione (Reumatologia H Colletta, Medicina Riabilitativa H Colletta , ORL H Sestri Ponente, Pneumologia Riabilitativa H Colletta, Recupero e Riabilitazione Funzionale H Colletta, Direzione S.S. Qualità , Geriatria, Sert, Salute Mentale, Farmacia Ospedaliera , ecc)

Partners esterni coinvolti: Coop Liguria

Modalità e strumenti di comunicazione: Programmazione concordata e condivisa a inizio anno accademico tra la Direzione Didattica Unitre e il Coordinatore del Corso di Educazione alla Salute (U.O. Dietologia e Nutrizione Clinica H Colletta) a cui si aggiungono periodici contatti in prossimità degli incontri
 Incontri a tema tenuti da Specialisti con utilizzo di slide.
 Locandine informative affisse nelle bacheche istituzionali (Unitre, Comuni, ASL, Coop ecc) e sui siti Unitre (www.unitre.org) e ASL (www.asl3.liguria.it)

Indicatori	Valore dell'indicatore al 01-01-2013 (o a inizio progetto)	Valore dell'indicatore previsto al 31-12-2013	Valore dell'indicatore previsto al 31-12-2014	Valore dell'indicatore previsto al 31-12-2015
Persone iscritte al corso	40	40	40	40
Frequenza degli iscritti ad ogni incontro	=>80%	=>80%	=>80%	=>80%
Soddisfazione studenti per la qualità degli incontri (modalità, relazioni umane, coinvolgimento cognitivo, emotivo studenti ecc)	97% . <i>Il valore dell'indicatore viene rilevato dalla precedente edizione del progetto</i>	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Efficacia degli incontri per la promozione di stili di vita corretti (valutata in base a questionario specifico)	85%	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Efficacia degli incontri per la modifica di abitudini di vita errate	80%	mantenimento	mantenimento	mantenimento

Coordinatrice del Progetto: Cinzia Salani (S.S. Dietologia e Nutrizione Clinica Osp. La Colletta)

Incontri Salute e Benessere nell'ambito dell'Università Popolare Uniauser

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Premesso che promuovere la salute significa :

1. elaborare una politica di salute, responsabilizzando i politici ai vari livelli;
2. creare ambienti favorevoli, attraverso un approccio socio – ecologico della salute;
3. rafforzare l'azione comunitaria, attraverso la partecipazione effettiva e concreta della comunità;
4. acquisire atteggiamenti individuali, appoggiando lo sviluppo individuale e sociale e perfezionando le attitudini indispensabili per la vita;
5. aggiornare i servizi sanitari, al fine di creare un sistema sanitario che veramente serva gli interessi della salute;
6. entrare nel futuro, attraverso un approccio olistico della realtà umana, l'interesse per gli altri, l'ecologia, i principi di uguaglianza tra gli uomini.

Vista l'opportunità di passare, pertanto, **dal welfare state al welfare community**, cioè alla distribuzione di assistenza e benessere ad una comunità intera che assume in prima persona la responsabilità del proprio benessere.

Considerato che la categoria della responsabilità non si applica però solo agli operatori sanitari, ma anche ai cittadini – utenti attraverso una rinnovata promozione della salute/educazione sanitaria.

Appurato che oggi è cogente un approccio "olistico" dei problemi di salute nella realtà distrettuale *attraverso: l'incremento della capacità informativa a favore della popolazione; la promozione della diffusione della cultura della salute; la promozione dell'acquisizione della consapevolezza del forte legame tra Sociale e Sanità.*

nell'ottica dell'"Invecchiamento Attivo" (Active Aging) che esprime un concetto d'invecchiamento che ottimizza le possibilità di salute, partecipazione e sicurezza, al fine di migliorare la qualità della vita in questa fascia della popolazione, attraverso la promozione di un invecchiamento sano, la prevenzione di condizioni di disabilità ed il cambiamento della cultura dei servizi sanitari che devono passare dalla cura alla promozione, si intendono organizzare incontri rivolti alla popolazione della III età, relativi alla prevenzione di fattori di rischio attraverso azioni quali una sana alimentazione, un'attività fisica adeguata, un corretto uso dei farmaci ed altre ancora.

Beneficiari

Target primario cittadini preferibilmente over 64 anni

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva Associazioni, Ambiti Territoriali Sociali, operatori ASL, MMG

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- Ob. Generale: promuovere stili di vita in persone over 64
- Ob. Specifici di processo: partecipazione di almeno il 20% delle persone presenti all'illustrazione dell'intero programma dell'Università Popolare; gradimento dell'iniziativa pari al 50% dei partecipanti attraverso somministrazione di un questionario ad hoc;
- Ob. Specifici di outcome: variazione del comportamento in relazione ai temi trattati

Servizi aziendali coinvolti:

operatori ASL 3 in base al tema svolto, SS Epidemiologia,

Partners esterni coinvolti: Associazioni, operatori di altre aziende sanitarie, Ambiti territoriali Sociali, Municipi, MMG, UNIGE, COOP, Rappresentanze Sindacali Pensionati

Modalità e strumenti di comunicazione:

informativa sul sito ASL 3; distribuzione depliant c/o nostri sportelli Unici Distrettuali, c/o Municipi e Associazioni. Inoltre, i temi vengono trattati attraverso un linguaggio semplice, prevedendo un dialogo con i partecipanti che possono così esprimere i loro dubbi ed il loro bisogno di chiarimenti, supportando gli interventi dei singoli relatori con diapositive di immediata comprensione; infine, ogni iniziativa è basata su esempi pratici come per es. l'esecuzione di esercizi fisici sul posto, nell'ottica del "learning by doing"

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Livello di partecipazione	100 persone presenti alla illustrazione dell'intero programma dell'Università Popolare	Partecipanti ai corsi su salute e benessere pari al 20% dei presenti alla illustrazione dell'intero programma dell'università popolare	Partecipanti ai corsi su salute e benessere pari al 20% dei presenti alla illustrazione dell'intero programma dell'università popolare	Partecipanti ai corsi su salute e benessere pari al 20% dei presenti alla illustrazione dell'intero programma dell'università popolare

N° corsi/incontri organizzati	3 incontri nel mese di febbraio 2013	6 incontri entro dicembre 2013	6 incontri entro dicembre '14	6 incontri entro dicembre '15
Livello di gradimento	Non pertinente (in quanto non realizzato nel 2012)	Gradimento da parte del 60% dei partecipanti, valutato mediante questionario	Gradimento da parte del 60% dei partecipanti, valutato mediante questionario	Gradimento da parte del 60% dei partecipanti, valutato mediante questionario

Responsabile del progetto:

Maria Romana Dellepiane - Direzione Distretto Socio Sanitario n°12

<i>Mangiar giusto e muoversi con gusto</i>				
Breve descrizione dell'intervento realizzato Intervento di informazione e motivazione al miglioramento degli stili di vita volto alla prevenzione delle complicanze nelle persone con diabete e/o dislipidemia.				
Beneficiari Target primario: persone con diabete Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: familiari				
Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti Prevenzione delle complicanze del diabete Alimentazione ipocalorica e/o ipolipidica Apprendimento di abilità di cucina congruenti con la produzione di alimenti a bassa densità calorica o lipidica				
Servizi aziendali coinvolti: SC Endocrinologia Nutrizione e Malattie del Ricambio SS Epidemiologia				
Partners esterni coinvolti: COOP Liguria ASLIDIA (Associazione Ligure Diabetici)				
Modalità e strumenti di comunicazione: Incontri interattivi in aula con uso di materiale specifico (menù didattico) Lezioni ed esercitazioni pratiche di cucina Avviamento all'attività fisica "in loco"				
INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero interventi educativi in aula	uno	Mantenimento valore raggiunto	Mantenimento valore raggiunto	Mantenimento valore raggiunto
Numero interventi educativi in "cucina didattica"	uno	Mantenimento valore raggiunto	Mantenimento valore raggiunto	Mantenimento valore raggiunto

Responsabile del progetto: Andrea Corsi

Mind the G.A.P. percorso di sensibilizzazione, prevenzione e formazione sul G.A.P. (Gioco d'Azzardo Patologico)

Breve descrizione dell'intervento

Dato il "vuoto" informativo, organizzativo e culturale, dovuto all'emergere improvviso e massivo delle problematiche relative al GAP., ci si propone con tale progetto di colmare tali carenze attraverso le seguenti iniziative:

anno 2013

- primo convegno di sensibilizzazione in collaborazione con il distretto sanitario 12 rivolto a cittadinanza e istituzioni
- seminari di sensibilizzazione rivolti alla cittadinanza del municipio del levante e dei piccoli comuni della riviera del levante (Bogliasco, Sori, Pieve etc.)

anno 2014

- trattazione dei temi relativi al gioco d'azzardo nell'ambito del progetto "Incomincio da...3", percorso di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dei comportamenti di addiction : ai genitori partecipanti al progetto incomincio da tre viene proposto un incontro specifico sul GAP alla fine del percorso già realizzato.
- sensibilizzazione insegnanti delle scuole secondarie di primo e secondo grado del territorio del levante
- sensibilizzazione (con distribuzione di materiale) rivolta ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta del territorio del levante genovese

anno 2015

- sensibilizzazione operatori dipendenti dei servizi ASL 3

In collaborazione con il Ministero delle politiche antidroga si sta preparando una scheda di raccolta dati (cartella clinica) specifica sul G.A.P., per un preciso monitoraggio del fenomeno, del suo andamento e dell'incidenza sulla popolazione che potrebbe permettere un lavoro di prevenzione più mirato a specifici targets di popolazione.

Beneficiari

target primario: comunità locale, genitori dei bambini e ragazzi frequentanti le scuole del territorio

target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, operatori socio-sanitari, insegnanti, istituzioni, gruppi di auto aiuto (G.A. Gamanon), comunità territoriale

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- dare informazioni scientificamente valide alla popolazione sul tema del GAP. e sui rischi correlati.
- aumentare la consapevolezza del rischio di sviluppare dipendenza da gioco (GAP.);
- aumentare la consapevolezza del rischio e la percezione di malattia nei soggetti già coinvolti dal GAP.;
- promuovere l'accesso ai servizi specifici (sert);
- aumentare la conoscenza delle risorse esistenti quali i servizi per le dipendenze e i gruppi di auto-aiuto (G.A., Gamanon)

Servizi aziendali coinvolti:

Distretti sanitari, sert levante

Partners esterni coinvolti:

- municipi, ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri,
- istituzioni scolastiche
- associazioni g.a. e gamanon,
- per il progetto "incomincio da...3" la cooperativa Minerva

Modalità e strumenti di comunicazione: Sito ASL, servizi radio- televisivi, comunicati stampa, materiali cartacei.....

INDICATORI	valore dell'indicatore al 01/01/2013 (o a inizio progetto)	valore indicatore previsto al 31/12/2013	valore indicatore previsto al 31/12/2014	valore indicatore previsto al 31/12/2015
Organizzazione di un convegno nel 2013		Organizzazione del convegno		
Numero di persone coinvolte nel convegno		50		
Organizzazione dei seminari		Almeno 1 seminario		
Numero di persone coinvolte nei seminari		Almeno 25 persone		

Sensibilizzazione dei docenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado (anno 2014)			Almeno 10 docenti	
Sensibilizzazione di MMG e PLS			Raggiungimento di 1/5 dei MMG del territorio di competenza (63 medici) raggiungimento di 1/5 dei PLS (11 pediatri)del territorio di competenza	
Numero di incontri dedicati al GAP con i genitori già coinvolti nel progetto “ Incomincio da tre “		Almeno 2 Incontri	Almeno 2 Incontri	Almeno 2 Incontri
Formazione di operatori ASL				Organizzazione di almeno un corso per 30 operatori

Responsabile del progetto

Direttore S.C. Ser.T. Centro Levante Elena Ducci

Referenti del progetto

S.C. Ser.T Levante Cristiana Busso, Mirella Stefanini

Medicina di iniziativa

Nella pratica della medicina di base è importante considerare, al di là dell'approccio tradizionale basato sulla risposta ai bisogni espressi, un approccio proattivo. Questo approccio è tipico, per esempio, dell'attività dei pediatri di Libera Scelta, in occasione dei "Bilanci di salute".

Di seguito si riporta un esempio di medicina di iniziativa nell'ambito dell'attività dei Medici di Medicina Generale.

La Vela: promozione di sani stili di vita tra gli adolescenti

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Analisi di contesto. Dai dati del Sistema di sorveglianza HBSC (Report 2009-2010 di HBSC Liguria: Health Behaviours in School Aged Children-http://www.hbsc.unito.it/it/images/pdf/hbsc/report_liguria_26_04_2011_hbsc.pdf) risulta che anche tra gli adolescenti sono diffusi stili di vita non favorevoli alla salute, come la sedentarietà e un'alimentazione non corretta, e alcune condizioni di rischio, come il sovrappeso. Inoltre risultano frequenti altri comportamenti che comportano un rischio per la salute. Ad esempio, tra i ragazzi di 15 anni il 19% dichiara di fumare almeno una volta alla settimana, mentre il 36% dei maschi e il 30% delle femmine pratica il cosiddetto binge drinking. Per quanto riguarda l'uso di sostanze, un quindicenne su cinque ha fatto uso di cannabis, con prevalenza dei maschi rispetto alle femmine, soprattutto nell'uso abituale. Il 26% dei quindicenni ha avuto rapporti sessuali completi. Tra questi, solo uno su tre dichiara di aver utilizzato un profilattico. Quasi una quindicenne su dieci ha rapporti sessuali completi non protetti.

Azioni. Il presente progetto prevede la realizzazione di un bilancio di salute e di un'attività di "counselling minimo" sui comportamenti a rischio per la salute e il benessere, effettuato da un gruppo di MMG e rivolto agli adolescenti (e alle loro famiglie), nel momento in cui questi passano dall'assistenza del PLS a quella del MMG stesso. Nel bilancio di salute è prevista un'anamnesi personale e familiare relativa agli stili di vita, la verifica dello stato vaccinale, la misurazione del peso e dell'altezza con calcolo del BMI e la misurazione della pressione arteriosa.

Beneficiari

Target primario: gli adolescenti

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: le famiglie, gli operatori sanitari dei servizi della Asl

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Finalità generali: miglioramento della salute e del benessere degli adolescenti

Obiettivi specifici di processo: al progetto parteciperanno almeno 5 MMG e verranno coinvolti almeno il 20% degli adolescenti di nuova iscrizione nel corso dell'anno. Inoltre ci si propone di registrare la scheda su sistemi informatici già in uso presso i MMG, in modo da facilitare la raccolta e l'elaborazione dei dati. In caso di necessità alcuni adolescenti potranno essere inviati per una valutazione di secondo livello presso i Centri Giovani e i Consulenti Familiari o presso altri Servizi dell'Azienda, come ad esempio il Sert.

Servizi aziendali coinvolti:

MMG, Struttura di Epidemiologia, SC Assistenza Consultoriale, Sert

Partners esterni coinvolti:

Modalità e strumenti di comunicazione: Sito aziendale di Asl 3 Genovese

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero MMG coinvolti		Almeno 5	Riprogrammazione ed eventuale diffusione del progetto, previa valutazione dei risultati	
Numero adolescenti coinvolti		Almeno il 20% degli adolescenti di nuova iscrizione nel corso dell'anno	Riprogrammazione ed eventuale diffusione del progetto, previa valutazione dei risultati	

Responsabile del progetto

Valeria Messina

4.5.4 Organizzazione di percorsi per favorire sani stili di vita

Gruppi di cammino

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Il progetto prevede la costituzione di gruppi di cammino nel territorio delle Asl liguri ed in particolare nel territorio della Asl 3 Genovese.

Nel 2008 è stato attivato nella sola Asl 3 Genovese il progetto "Genova Cammina", nell'ambito degli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione, che individuava i Gruppi di cammino tra le priorità nel campo della prevenzione degli incidenti domestici e della promozione di sani stili di vita. L'attività è proseguita negli anni successivi con il titolo "Gruppi di cammino nelle ASL liguri" avvalendosi di un finanziamento del Ministero della Salute e, recentemente, anche dall'Assessorato Regionale alle Politiche Sociali e da Fondazione CaRiGe. Le attività sono state realizzate in collaborazione con l'Università di Genova (Scienze Motorie), l'Unione Italiana Sport per tutti (UISP), i Comuni, i Municipi e le Associazioni.

Per Gruppo di Cammino si intende un'attività organizzata nella quale un gruppo di persone si ritrova due volte alla settimana per camminare ed eseguire semplici esercizi utili per aumentare l'equilibrio, lungo un percorso sicuro e gradevole, sotto la guida, inizialmente di un esperto del movimento e, successivamente, di un "walking leader" interno al gruppo ed appositamente formato.

Il progetto prevede iniziative di formazione e sostegno ai walking leader e iniziative di comunicazione inerenti le attività svolte, attraverso l'aggiornamento del sito internet aziendale, l'organizzazione di incontri e la produzione di materiale audiovisivo.

Beneficiari

Target primario i soggetti adulti e anziani

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: le Associazioni, i MMG

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Aumento delle conoscenze e delle competenze della popolazione adulta e anziana coinvolta, degli operatori e delle associazioni in merito ai benefici derivanti da uno stile di vita sano e fisicamente attivo. Aumento dell'attività motoria nella vita quotidiana. Riduzione dei rischi di caduta, dei rischi connessi con alcune patologie croniche e del rischio di isolamento sociale.

Formazione dei walking leader per la sostenibilità nel tempo dell'iniziativa.

Servizi aziendali coinvolti: Struttura di Epidemiologia, Struttura di Diabetologia, Distretti socio sanitari.

Partners esterni coinvolti: Università di Genova – Corso di Laurea in Scienze Motorie, Associazioni, Municipi, Comuni, MMG.

Modalità e strumenti di comunicazione: locandine, depliant, materiali audiovisivi, incontri con la popolazione e con i partners esterni, informativa sul sito aziendale.

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Formazione walking leader	Questa attività viene programmata anno per anno. Nel 2012 è stato effettuato un incontro di formazione	Un incontro di formazione nel secondo semestre del 2013	Un incontro di formazione nel secondo semestre del 2014	Un incontro di formazione nel secondo semestre del 2015
Percentuale di WL che partecipano all'incontro di formazione	Nel 2012 ha partecipato il 60% dei WL dei gruppi attivi nell'area genovese	Al meno il 60% del totale dei WL	Al meno il 60% del totale dei WL	Al meno il 60% del totale dei WL
Comunicazione relativa al progetto: N° incontri con partners esterni	Nel 2012 sono stati effettuati 19 incontri con partners esterni: municipi, associazioni, ecc	Partecipazione ad almeno 2 incontri dedicati ai benefici dell'attività fisica, nel corso dei quali verranno comunicati i risultati del progetto.	Partecipazione ad almeno 2 incontri dedicati ai benefici dell'attività fisica, nel corso dei quali verranno comunicati i risultati del progetto.	Partecipazione ad almeno 2 incontri dedicati ai benefici dell'attività fisica, nel corso dei quali verranno comunicati i risultati del progetto.

Ideazione e produzione di materiale audiovisivo con documentazione dell'attività di tutti i gruppi di cammino da proiettare nelle sale d'aspetto dei Distretti socio-sanitari	Nel 2012 è stato avviato il lavoro per l'ideazione e la produzione del filmato da proiettare nelle sale d'aspetto dei Distretti socio-sanitari. In precedenza era già stato preparato un filmato relativo solo al gruppo di Arenzano.			
Aggiornamento area sito	Nel 2012 il sito è stato regolarmente aggiornato	Aggiornamento dell'area del sito aziendale dedicata al progetto per il 2013	Aggiornamento dell'area del sito aziendale dedicata al progetto per il 2014	Aggiornamento dell'area del sito aziendale dedicata al progetto per il 2015

Responsabile del progetto: Patricia Fortini

Attività Fisica Adattata

Per la scheda vedi capitolo 6: Prevenzione delle complicanze delle malattie croniche in un contesto di gestione integrata

Il benessere è a cavallo: Percorso di avvicinamento al cavallo finalizzato al benessere psicofisico

Breve descrizione dell'intervento realizzato

L'attività è centrata sulla relazione con il cavallo a terra e in sella, sulla presa di coscienza delle emozioni connesse, sulle strategie di gestione dell'ansia e dell'affettività, sul controllo comportamentale.

Il cavallo è un animale con caratteristiche peculiari di carattere e fisicità, capace di attivare il sistema affettivo interno in modo particolarmente intenso, e di rispondere agli stati emotivi più genuini senza accettare finzioni, è sensibile all'aggressività repressa, all'ansia ed ai comportamenti incoerenti; inoltre il cavallo non viene a compromessi con i cavalieri, costringendo così la persona a adottare un comportamento consono alla situazione.

Le risposte del cavallo aiutano quindi la presa di coscienza delle emozioni profonde, e a partire da questa consapevolezza, con la mediazione dello psicoterapeuta che affianca l'istruttore in campo, è possibile lavorare sulle strategie di elaborazione degli affetti, di gestione dell'ansia e di controllo comportamentale.

Il contatto con il cavallo induce inoltre a adottare un comportamento tranquillo ed emotivamente equilibrato, aiuta a raggiungere stabilità emotiva e regolarizza il tono dell'umore.

Nel corso sono inseriti elementi di tecnica di volteggio terapeutico, semplici esercizi di ginnastica a cavallo importanti per migliorare la consapevolezza della propria immagine corporea, l'equilibrio e l'armonia dei movimenti, le abilità relazionali.

Sono previsti incontri teorici e pratici, con momenti di lavoro a terra e in sella. L'attività è semplice ed alla portata di tutti. La frequenza è settimanale, il venerdì pomeriggio dalle 14 alle 16 al Maneggio "Amico Cavallo ASD" di Genova Fontanegli.

Tutti i partecipanti sono tesserati UISP e usufruiscono della relativa assicurazione.

E' possibile individuare altri target oltre agli utenti del SSM e in questa prospettiva è prevista la presentazione del progetto in altri Centri di Riabilitazione Equestre della Liguria

Beneficiari

Target primario: utenti dei Servizi di Salute Mentale; altri possibili target primari: persone con difficoltà emotive e relazionali segnalate dai medici di famiglia; bambini e ragazzi con diverse capacità psichiche in squadre di volteggio integrato; studenti delle scuole di Genova, anche con progetto dedicato alla prevenzione del bullismo.

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: familiari dei pazienti o degli assistiti; operatori delle associazioni sportive ed equestri; operatori socio-sanitari

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Miglioramento degli stili di vita: l'attività in maneggio induce a muoversi in modo piacevole e senza eccessiva fatica, si svolge all'aperto in ambiente di campagna. Durante l'attività il divieto di fumare è accettato e rispettato anche da alcune persone molto dipendenti dal tabacco.

Miglioramento delle condizioni di salute psicofisica, con diminuzione dei ricoveri ospedalieri.

Miglioramento delle capacità empatiche e relazionali, diminuzione delle condotte aggressive.

Servizi aziendali coinvolti: Dipartimento di Salute Mentale ASL 3 Genovese

Partners esterni coinvolti:

Circolo Equestre "Amico Cavallo ASD"

Polisportiva "Insieme per Sport"

UISP Genova

FISE (Federazione Italiana Sport Equestri)

Modalità e strumenti di comunicazione: pubblicazione del progetto sul Sito internet aziendale; incontri tra gli operatori dei SSM, associazioni, operatori dei centri sportivi e dei centri di equitazione, scuole, popolazione.

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Partecipanti al progetto	10 partecipanti	15 partecipanti	20 partecipanti	30 partecipanti
Riduzione di stili di vita disadattivi (sedentarietà, fumo, alcool, disordini alimentari)	Tutti i partecipanti hanno almeno uno stile di vita disadattivo	10% dei partecipanti abbandonano almeno uno stile di vita disadattivo	20% dei partecipanti abbandonano almeno uno stile di vita disadattivo	30% dei partecipanti abbandonano almeno uno stile di vita disadattivo

Monitoraggio dello stato di salute psicofisica e dell'adattamento affettivo tramite scale di valutazione standardizzate: SF 36, BPRS, TAS	10 valutazioni	15 valutazioni	20 valutazioni	30 valutazioni
---	----------------	----------------	----------------	----------------

Responsabile del progetto: Clara Pitto

Psicologa DSM ASL 3 Distretto 12

SportivaMente

Breve descrizione dell'intervento realizzato

La pratica dell'attività fisica programmata e finalizzata, determina il miglioramento della condizione fisica e mentale. Il presente progetto prevede sedute di attività motoria destinate a pazienti seguiti dal SSM che si svolgono con frequenza settimanale presso una palestra messa a disposizione dalla Provincia di Genova, dal mese di settembre al mese di luglio. Inoltre i partecipanti svolgono altra attività motoria durante la settimana: gruppi di cammino e sport di squadra (palla a volo). All'inizio e alla fine del corso è prevista una valutazione delle capacità motorie e la misurazione di parametri clinici: peso, altezza, circonferenza addominale, pressione arteriosa, spirometria; inoltre sono previsti test psicologici somministrati da personale del Dipartimento di salute mentale.

Beneficiari

Target primario: pazienti in carico al SSM
Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: familiari dei pazienti e caregivers

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Miglioramento dello stile di vita e delle condizioni di benessere psico-fisico

Servizi aziendali coinvolti: Dipartimento di prevenzione e Dipartimento di salute mentale

Partners esterni coinvolti: Università di Genova (Facoltà di Scienze Motorie), associazione ASD insieme per Sport

Modalità e strumenti di comunicazione: Comunicazioni interne del Dipartimento di S.M. della ASL 3 Genovese

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di persone coinvolte	20	20	20	20
Continuità nella frequenza	Partecipazione ad almeno il 60% degli incontri	Partecipazione ad almeno il 60% degli incontri	Partecipazione ad almeno il 60% degli incontri	Partecipazione ad almeno il 60% degli incontri
Miglioramento capacità motorie	Miglioramento punteggio ottenuto durante il test di valutazione di fine corso in almeno il 60% dei nuovi partecipanti	Miglioramento punteggio ottenuto durante il test di valutazione di fine corso in almeno il 60% dei nuovi partecipanti; mantenimento performance per gli altri	Miglioramento punteggio ottenuto durante il test di valutazione di fine corso in almeno il 60% dei nuovi partecipanti; mantenimento performance per gli altri	Miglioramento punteggio ottenuto durante il test di valutazione di fine corso in almeno il 60% dei nuovi partecipanti; mantenimento performance per gli altri
Riduzione rischio per patologia Cardiovascolare	Miglioramento dei parametri clinici in almeno il 25% dei partecipanti	Miglioramento dei parametri clinici in almeno il 25% dei partecipanti	Miglioramento dei parametri clinici in almeno il 25% dei partecipanti	Miglioramento dei parametri clinici in almeno il 25% dei partecipanti

Responsabili del progetto: Pasquale Greco, Patrizia Capurro, Emilia Tasso

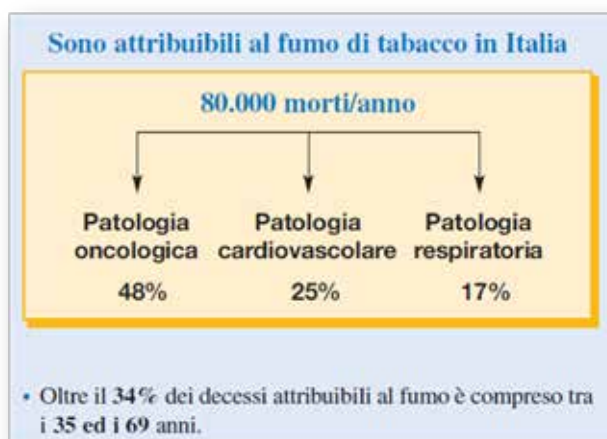
Pedibus: percorsi sicuri casa scuola

Per la scheda vedi paragrafo 4.5.1

4.5.5 Programma per il contrasto dell'abitudine al fumo di sigaretta

Dati di contesto

Fra i progetti citati in precedenza molti hanno o possono avere tra i loro obiettivi anche il contrasto al fumo di sigaretta. Sotto questo punto di vista merita in particolare di essere segnalato il progetto Unplugged, già citato in precedenza. Considerata la rilevanza del fumo come fattore di rischio per molte malattie croniche si è ritenuto di raccogliere in un programma specifico tutte le azioni che vengono messe in atto in questo ambito.



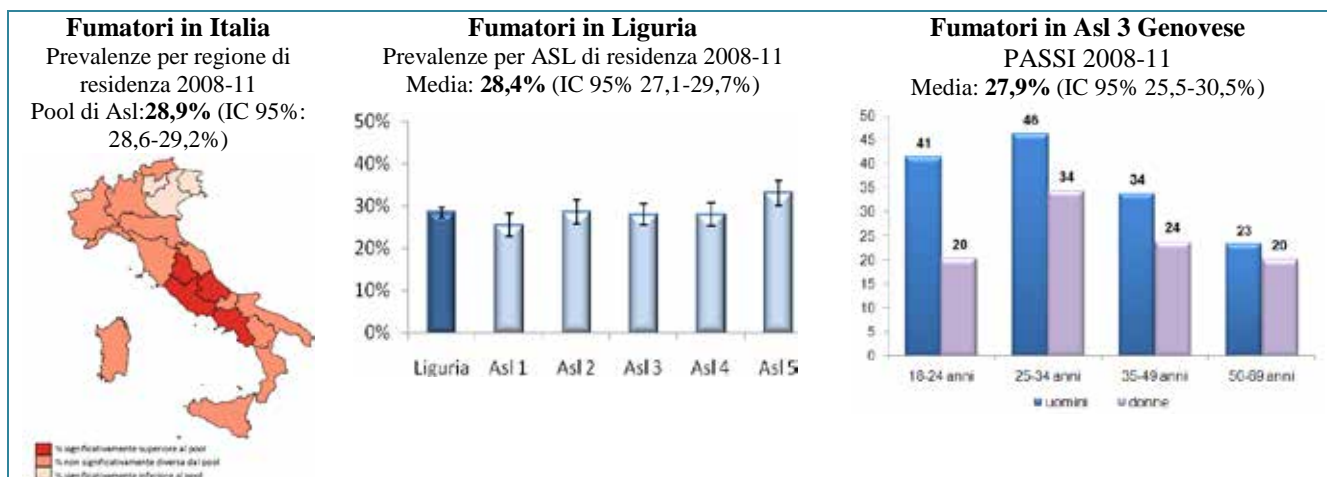
Tratto da: *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*
OSServatorio Fumo Alcol e Droga ISS (Aggiornamento 2008)

Costi sanitari e costi sociali

Il fumo incide pesantemente anche sulla spesa sanitaria italiana.

La sola assistenza ospedaliera per i fumatori supera del 40% quella per i non fumatori con circa **5 miliardi di euro l'anno**, pari all'8,3% della spesa sanitaria pubblica totale (dati 1999) e allo 0,4% del Pil.

Queste stime non considerano i costi sociali dovuti al precoce pensionamento o alla morte prematura che, secondo stime statunitensi, ammontano a circa il doppio dei costi sanitari. I costi totali annuali del fumo di tabacco ammonterebbero quindi a circa **15 miliardi di euro**, di gran lunga superiori ai circa 10 miliardi di euro ricavati dalla vendita di tabacco in Italia.

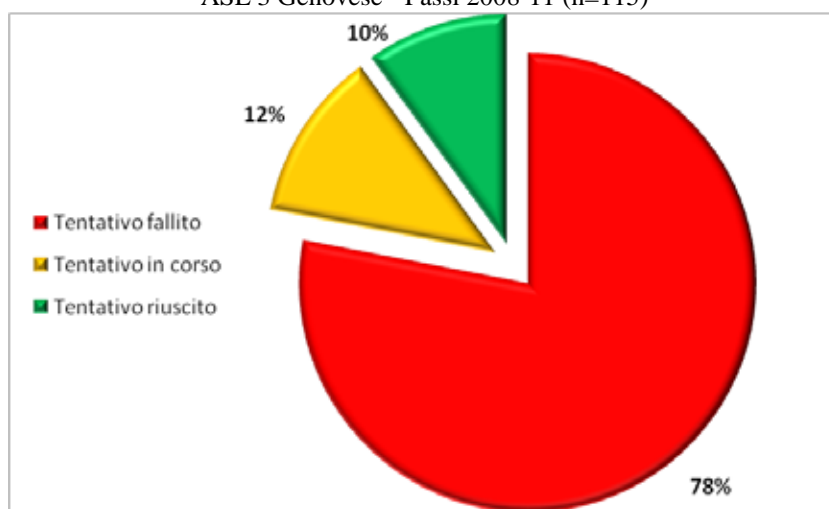


Molte persone dipendenti dal fumo tentano di smettere, restando in astensione per almeno un giorno, scontrandosi con ostacoli spesso di natura psicologica. Dopo una settimana dalla cessazione,

si ha una “reale” sensazione di calma, priva di senso di mancanza e frustrazione, ma può anche capitare di ricominciare a fumare. Più che un motivo di scoraggiamento, la ricaduta dovrebbe rappresentare un momento utile ad affrontare meglio le criticità.

Dai dati del Sistema di Sorveglianza Passi risulta che il 78% dei tentativi di smettere (effettuati nei 12 mesi antecedenti l’intervista) fallisce.

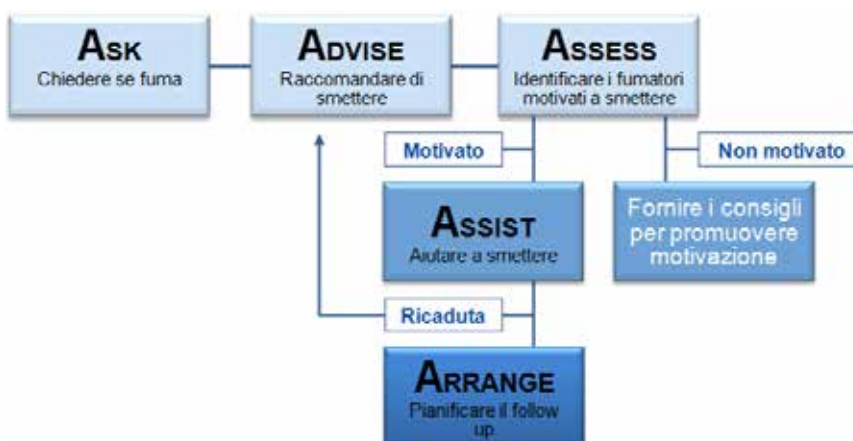
**% dell’esito del tentativo di smettere di fumare
tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
ASL 3 Genovese - Passi 2008-11 (n=115)**



Il 93% di chi è riuscito a smettere di fumare ha dichiarato di aver smesso da solo; il 7% è ricorso a farmaci o a servizi esterni alla Asl; solo l’1% ha riferito di aver usufruito dei servizi della Asl.

Smettere di fumare da soli è possibile, ma chi intende abbandonare la dipendenza dal tabacco può contare sul sostegno di professionisti ed esperti.

Per contrastare l’abitudine al fumo, l’intervento clinico minimo di efficacia provata e raccomandato nelle principali linee guida prodotte da organismi nazionali di diversi Paesi europei ed extra europei, è quello noto con la sigla delle **5 A**:



Le prime fasi di tale intervento possono essere realizzate spendendo anche pochi minuti nel corso di una visita medica e vengono proposte in quanto sintetizzano gli interventi più efficaci descritti in letteratura.

Sul territorio nazionale sono presenti, inoltre, più di 200 [ambulatori per la cessazione dal fumo di tabacco](#).

Attività e schede progetto

Attività dei centri antifumo aziendali



<p>Ospedale “Villa Scassi” UO Pneumologia Ambulatorio Tabagismo Équipe: medico, psicologo, infermiere Tipologia dell’intervento: <i>Valutazione clinico-funzionale:</i> Valutazione clinica, esami del respiro, esami ematici ü più di 10 incontri <i>Terapia farmacologica:</i> ü sì <i>Counselling individuale:</i> ü 2-6 incontri (durata 60 min) ü 1 volta/settimana <i>Terapia di gruppo:</i> ü 7-10 incontri (durata 60 min) ü 1 volta/settimana <i>Altre terapie/interventi:</i> Agopuntura ü 2-6 incontri Prestazioni soggette: <input type="checkbox"/> a ticket ü a pagamento <input type="checkbox"/> gratuito Anno di attivazione: 2001</p>	<p>PO “La Colletta” – Palazzo della salute - Fiumara Dipartimento di Cardiologia UO Cardiologia Riabilitativa Équipe: medico, infermiere, fisioterapista Tipologia dell’intervento: <i>Valutazione clinico-funzionale:</i> Valutazione clinica ü 1 incontro <i>Terapia farmacologica:</i> ü sì <i>Counselling individuale:</i> ü 2-6 incontri (durata 30 min) ü 1 volta/settimana <i>Terapia di gruppo:</i> ü più di 10 incontri (durata 90 min) ü 1 volta/settimana <i>Altre terapie/interventi:</i> Tecniche di Rilassamento ü 7-10 incontri ü 2 volte/settimana Prestazioni soggette: ü a ticket <input type="checkbox"/> a pagamento <input type="checkbox"/> gratuito Anno di attivazione: 2000</p>
--	---

Il counselling minimo per gli stili di vita sani. Cominciamo da noi.

Per la scheda vedi paragrafo 4.5.3

Unplugged

Per la scheda vedi paragrafo 4.5.1

4.5.6 Programma per la promozione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione e per il contrasto all'obesità e al sovrappeso

I progetti che fanno parte di questo programma sono già stati presentati nelle seguenti aree di attività:

Educazione alla salute nel contesto scolastico (paragrafo 4.5.1):

- OKkio alle 3A
- Pedibus
- Le mille anime del cibo
- Paesaggi di prevenzione

Informazione e comunicazione rivolta a gruppi di popolazione prevalentemente adulta su vari temi inerenti la salute e gli stili di vita (paragrafo 4.5.3):

- Interventi educativi rivolti ai cittadini sui fattori di rischio modificabili, in collaborazione con i Comuni, i Municipi, le Associazioni, le Università Popolari
- Mangiar giusto e muoversi con gusto
- La vela
- Il counselling minimo per gli stili di vita sani. Cominciamo da noi

Organizzazione di percorsi per favorire sani stili di vita (paragrafo 4.5.4)

- Gruppi di cammino
- Attività fisica adattata

4.5.7 Programma per il contrasto alle dipendenze

I progetti che fanno parte di questo programma sono già stati presentati nelle seguenti aree di attività:

Educazione alla salute nel contesto scolastico (paragrafo 4.5.1):

- Incomincio da ... 3. Prima Tutto e Subito. Precocemente
- Essere genitori: istinto, mestiere, vocazione ...?
- Unplugged
- Media education: nuove prospettive per la promozione della salute nell'epoca dei media digitali

La promozione della salute degli adolescenti nei loro luoghi di ritrovo e di divertimento (par. 4.5.2):

- Progetto Fenice: abitare il limite
- Patto territoriale per l'adolescenza: azioni integrate socio-sanitarie per la prevenzione del disagio degli adolescenti nel DSS 12

Informazione e comunicazione rivolta a gruppi di popolazione prevalentemente adulta su vari temi inerenti la salute e gli stili di vita (par. 4.5.3):

- Interventi di sostegno alla genitorialità nell'ambito della prevenzione dei comportamenti di dipendenza attraverso le metodologie dell'auto-aiuto
- L'auto mutuo aiuto: il farmaco del futuro
- I Problemi Alcol Correlati (PAC): diagnostica ed intervento – conoscere e lavorare con i Club Alcolisti in Trattamento
- Corso di sensibilizzazione al trattamento dei soggetti con Problemi Alcol Correlati (PAC) secondo la metodologia Hudolin
- Acudetox: protocollo di puntura auricolare per problemi di dipendenza
- Il counselling minimo per gli stili di vita sani. Cominciamo da noi
- La vela

5. Screening oncologici

5.1 Organizzazione

L'organizzazione di qualsiasi programma sanitario è un determinante della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia del processo di cura offerto. Gli screening oncologici, intesi come percorsi sanitari d'ambito preventivo, non differiscono da un qualsiasi altro intervento assistenziale complesso. Essi richiedono un'attenzione particolare in quanto, contrariamente a quanto accade nella clinica corrente dove è il paziente a richiedere una prestazione, negli screening è la struttura assistenziale che si rivolge con un invito personalizzato ad individui asintomatici, e quindi con bassissima probabilità di malattia, offrendo loro di entrare a far parte di un programma destinato a durare per molti anni con lo scopo di diminuire la loro probabilità, nel lungo termine, di subire i danni irreversibili (morte) della malattia oggetto dell'intervento. Saranno poche le persone nella popolazione partecipante che trarranno reale vantaggio dall'intervento ed è quindi indispensabile ridurre al minimo sia i disagi sia i possibili danni iatrogeni. In quest'ottica deve operare l'organizzazione degli screening oncologici prefiggendosi una serie di azioni irrinunciabili: 1) definire gli atti tecnico-professionali da porre in essere; 2) contestualizzare i programmi di screening nella realtà assistenziale del territorio; 3) facilitare l'accessibilità dei cittadini ai programmi, 4) integrare le attività di tutti gli attori attraverso l'adozione di linee-guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi; 5) rendere disponibili software gestionali adeguati; 6) adottare indicatori per il monitoraggio costante della qualità ed efficienza dei programmi attivati; 7) prevedere programmi di miglioramento continuo della qualità dei percorsi; 8) rilevare gli esiti a lungo termine. L'impegno prioritario per il nostro Paese, all'interno di una strategia condivisa con la Comunità Europea, è di contrastare il "burden" del cancro mediante interventi di prevenzione (primaria e secondaria) e controllo della malattia fondati su prove di efficacia.

5.2 Epidemiologia

Il cancro è una delle principali cause di morte nel mondo. Nel 2008 nel mondo si sono registrati 7,6 milioni di decessi e si stima che ogni anno circa 13 milioni di individui abbiano una diagnosi di cancro. Oltre i 2/3 delle morti e dei nuovi casi si verificano nei paesi in via di sviluppo dove l'incidenza continua a crescere a livelli allarmanti. Almeno 1/3 delle morti sono riconducibili a fattori di rischio modificabili (uso di tabacco e alcool, obesità, infezioni). La diagnosi precoce di carcinoma mammario, colo-rettale e cervico-vaginale può concorrere significativamente al successo della cura (IARC²⁰). E' però indispensabile sviluppare un programma per il controllo della malattia neoplastica integrato nel Programma Sanitario Nazionale in modo che ad ogni paziente neoplastico possa essere garantito un approccio diagnostico terapeutico multidisciplinare appropriato. In quest'ottica, i registri tumori forniscono informazioni indispensabili per lo sviluppo, l'implementazione e la valutazione delle politiche di controllo del cancro.

La situazione italiana: in Italia, in una popolazione di poco più di 59 milioni di abitanti i nuovi casi di tumore (esclusi i cutanei non melanoma) registrati nel 2012 sono stati circa 364.000 (202.000 uomini, 162.000 donne): le sedi più rappresentate nei due sessi sono indicate in tabella 1

Tabella 1 - Sedi neoplastiche più rappresentate nei due sessi

	Uomini	Donne
1	Prostata (n. 36.000)	Mammella (n. 46.300)
2	Colon retto (n. 29.300)	Colon retto (n. 22.300)
3	Polmone (n. 28.600)	Tiroide (n. 10.900)
4	Vescica (n. 19.500)	Polmone (n. 9.900)

²⁰ IARC = International Agency for Research on Cancer

In entrambi i sessi si continua ad osservare un pesante gradiente Nord-Sud: il tasso di incidenza standardizzato (sulla popolazione europea) per il totale dei tumori è del 30% più alto al Nord rispetto al Sud. Il fenomeno può essere dovuto sia ad una differente distribuzione dei fattori di rischio personali (dieta, vita riproduttiva) ed ambientali, sia ad una diversa pressione diagnostica (minor diffusione al Sud) sia dello screening organizzato sia dello screening opportunistico. Le statistiche di mortalità ISTAT per il 2009 riportano circa 175.000 decessi attribuibili a tumore (99.000 uomini, 76.000 donne): circa il 30% di tutte le morti e la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari (38%). Le quattro cause di morte più frequenti sono riportate in tabella 2

Tabella 2 – cause di morte più frequenti per tumore

	Uomini	Donne
1	Polmone (27%)	Mammella (16%)
2	Colon retto (11%)	Colon retto (12%)
3	Prostata (8%)	Polmone (11%)
4	Fegato (7%)	Pancreas (7%)

Il gradiente Nord-Sud, fino a qualche anno fa pesantemente a sfavore del Nord, si sta spostando verso la parità, mentre per gran parte delle neoplasie la sopravvivenza a 5 anni è ancora migliore al Nord rispetto al Sud. Due delle tre neoplasie (cancro della mammella, cancro del colon retto e cancro della cervice uterina) per le quali sono disponibili test di screening in grado di diminuire significativamente la mortalità per la malattia sono incluse tra le forme più frequentemente diagnosticate e tra i quattro “big killers”.

La situazione ligure: su un totale di circa 1.6 milioni di abitanti ogni anno vengono diagnosticati circa 11.550 nuovi casi di tumore (53% sono maschi). La mortalità per cancro è più elevata rispetto alla maggior parte delle regioni del Nord: ciò è in parte da ascrivere all’invecchiamento della popolazione ligure con elevata incidenza di malattia negli ultra settantenni i quali, anche a causa della frequente concomitanza di altre patologie, sono frequentemente sottotrattati.

Tumore della mammella: la popolazione femminile è costituita da circa 830.000 donne e annualmente vengono diagnosticati circa 1300 nuovi casi di tumore invasivo (circa 1/3 nella fascia d’età 50-69 anni) e circa 200 carcinomi in situ. I decessi attribuibili alla patologia sono circa 400. Il rapporto M/I è pari al 28%. L’aumento costante nel tempo delle diagnosi di cancro sia invasivo sia in situ è in larga parte dovuto alla forte pressione diagnostica che da molti anni interessa la Liguria anche in assenza di un programma di screening radicato sul territorio. La pressione diagnostica, specialmente se non controllata, causa sovra-diagnosi (diagnosi di cancri che per le loro caratteristiche biologiche e per la mortalità competitiva non avrebbero mai dato segno di sé nel corso della vita della donna). Una recente meta-analisi ha calcolato che lo screening riduce la mortalità per cancro mammario di oltre il 20% ma ha valutato che almeno 1 cancro su 5 è sovra diagnosticato e trattato. Questa quota di “pseudo-malattia” contribuisce a migliorare la sopravvivenza a lungo termine e a incrementare la prevalenza (n. persone viventi cui è stata diagnosticata la malattia) senza impattare sulla mortalità e, pur senza trarne reale beneficio, partecipa all’utilizzo delle cure. Questa severa problematica deve spingere alla prevenzione del cancro mammario all’interno di programmi organizzati e rigorosamente monitorati.

Tumore del colon retto: annualmente sono diagnosticati circa 1400 nuovi casi di tumore invasivo mentre i decessi sono circa 600. Il rapporto M/I è circa 47% con un leggero vantaggio per le donne. Contrariamente a quanto accade per il cancro mammario in Liguria non c’è storia di interventi di prevenzione secondaria organizzata né è diffusa la pratica di screening spontaneo. Ciò spiega l’elevata incidenza di carcinomi diagnosticati in stadio avanzato e lo sfavorevole rapporto M/I.

Tumore cervico vaginale: è ormai classificabile come una malattia rara (circa 90 nuovi casi e 10 decessi ogni anno) tuttavia, trattandosi di una malattia evitabile, questi numeri rappresentano ancora un problema sanitario di rilievo. In Liguria, i programmi organizzati di screening stanno muovendo

i primi passi in ASL2 (screening primario mediante HPV test) e in ASL3 (screening citologico). L'indagine PASSI indica negli anni un'elevata copertura da PAP test nella popolazione ligure. Occorre però sottolineare che la citologia vaginale, che ha di per sé una sensibilità modesta e che è anche fortemente dipendente dalle condizioni di interpretazione del vetrino, presenta seri limiti al di fuori di un sistema organizzato e strettamente monitorato.

5.3 Significato

Gli screening organizzati sono interventi di sanità pubblica offerti dal Sistema Sanitario ad una determinata fascia della popolazione che risponde a particolari caratteristiche (età, sesso, ecc.). Tutti gli screening organizzati hanno come obiettivo il bene non del singolo individuo ma della popolazione a cui si rivolgono. Utilizzano unicamente pratiche che la sperimentazione clinica ha dimostrato essere efficaci nel ridurre in maniera significativa la mortalità e la morbilità per una determinata patologia, mantenendo un rapporto favorevole tra i costi (economici, psicologici e sociali) e i benefici ottenibili (miglioramento del tasso di guarigione, adozione di trattamenti meno invasivi, recupero di capacità produttiva dell'individuo). Per essere programmati e realizzati gli screening di popolazione devono riguardare patologie di grande rilevanza epidemiologica, basarsi su prove di efficacia e attenersi a linee guida di qualità. Gli screening organizzati si sono dimostrati efficaci nel cambiare la storia naturale del tumore della mammella, del tumore del colon retto e del tumore della cervice uterina. Sono queste le uniche neoplasie per le quali attualmente è riconosciuto il binomio "esiste un test in grado di favorire l'anticipazione diagnostica e sono disponibili trattamenti efficaci per gli stadi precoci della malattia". In alcuni casi gli screening riescono ad evitare l'insorgenza di un tumore (es. rimozione di CIN 2-3 della cervice uterina o di adenomi avanzati nel colon retto), in altri possono concorrere a ridurre significativamente la probabilità di morire una volta diagnosticata la malattia. Gli screening dei tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina fanno riferimento a raccomandazioni nazionali e europee; ad essere efficace non è il test di screening (che ciascuno potrebbe utilizzare individualmente) ma il percorso screening (che vede combinati analisi epidemiologiche, di efficacia e di qualità). Gli screening del tumore della mammella, del colon retto e della cervice uterina sono inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza (D. P. C. M. del 29 novembre 2001) e pertanto devono essere garantiti dalle AASSLL.

5.4 Programmi

I programmi organizzati di screening del tumore della mammella, del colon retto e della cervice uterina prevedono che il rapporto utente / struttura sanitaria sia invertito: nei programmi di screening non sono gli assistiti che chiedono alla struttura sanitaria la prestazione specialistica ma è la ASL che invita, tramite lettera, a intervalli di tempo regolari, i cittadini "sani" che rispondono a particolari caratteristiche (per età, sesso etc) ad effettuare gratuitamente un particolare test di primo livello offrendo ai soggetti che risulteranno positivi al test percorsi diagnostico-terapeutici strutturati e ben definiti che devono consentire un controllo costante delle attività e offrire alla popolazione un sistema collaudato di prevenzione oncologica. La diagnosi precoce dei tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina è identificata come prioritaria proprio con l'obiettivo di ridurre la mortalità causa-specifica e, laddove possibile, l'incidenza della malattia. L'obiettivo principale degli screening del tumore della mammella, del colon retto e della cervice uterina è quindi quello di ridurre mortalità e incidenza di questi tumori attraverso una diagnosi precoce massimizzando gli effetti favorevoli (identificazione precoce di lesioni tumorali molto piccole o di lesioni pre neoplastiche) rispetto a quelli non desiderati (sovradiagnosi, ansia etc).

5.5 Estensione e adesione

Gli screening oncologici hanno la peculiarità di riguardare patologie ad elevata frequenza (in caso contrario la probabilità di intercettare casi positivi sarebbe remota) ma richiedono un livello di adesione piuttosto elevato (altrimenti i casi, anche frequenti, non potrebbero essere individuati): è necessario quindi disporre di test che abbiano una elevata sensibilità per rilevare il numero più

elevato di sospetti, ma che al contempo consentano, nella fase di approfondimento, una elevata specificità per evitare sovra trattamenti. Il raggiungimento della copertura della popolazione da parte dei programmi di screening avviati nelle singole AASSLL e l'incremento della percentuale di adesione degli assistiti ai programmi sono le condizioni essenziali perché vi sia un impatto dei programmi in termini di beneficio per la salute e di riduzione di mortalità per tutti i cittadini.

5.6 Architettura

Gli screening oncologici di ASL 3 Genovese, intesi come percorsi assistenziali complessi orientati alla persona, sono un esempio di architettura organizzativa a “rete” calata nella realtà operativa di una ASL. Il modello adottato prevede l'intersezione di due reti: una “rete verticale” a matrice organizzativo - gestionale e una “rete orizzontale” a matrice clinico – operativa: mentre la “rete verticale” a matrice organizzativo - gestionale può contare sugli stessi attori in ciascuno dei tre screening (Direzioni Mediche Ospedaliere, Direzioni Distrettuali, MMG, Sistema Informatico Aziendale, Comunicazione e Formazione) la “rete orizzontale” a matrice clinico – operativa è diversificata in base alla patologia neoplastica oggetto dello screening; il coordinamento non gerarchico di entrambe le reti e delle loro intersezioni è assunto da una struttura del Dipartimento di Prevenzione. Vedi tabella 3 .

Tabella 3 - l' architettura organizzativa a rete

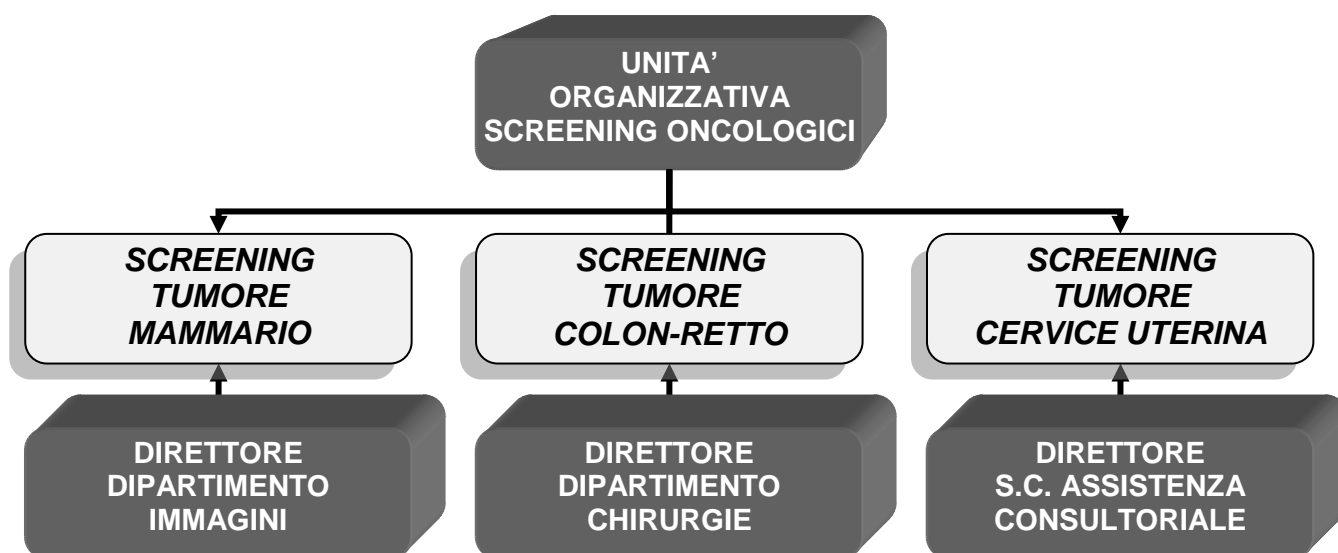
Screening	Rete clinico – operativa	Rete organizzativo- gestionale	Coordinamento delle reti
Tumore mammario	Dirigenza medica e non Professioni sanitarie di: Dipartimento Immagini Dipartimento Patologia Clinica Dipartimento Chirurgie Dipartimento Specialità chirurgiche	Dirigenza medica e non Professioni sanitarie e non di:	Dirigenza medica e non Professioni sanitarie e non di: Dipartimento Prevenzione
Tumore collo utero	Dirigenza medica e non Professioni sanitarie di: Dipartimento Cure primarie Dipartimento Materno infantile Dipartimento Patologia Clinica Dipartimento Farmaceutico	Direzione PUO Direzione DDSS MMG S I A	
Tumore colon retto	Dirigenza medica e non Professioni sanitarie di: Dipartimento Patologia Clinica Dipartimento Chirurgie Dipartimento Medicina Dipartimento Cardiologia Dipartimento Immagini Dipartimento Farmaceutico	Settore Comunicazione Settore Formazione	

Gruppi aziendali screening

Nei programmi di screening di popolazione il metodo dei gruppi di lavoro multidisciplinari consente sia l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, basati sulle più attuali evidenze scientifiche, sia la definizione di adeguati sistemi per il loro monitoraggio. In ASL 3, per ciascuno dei tre screening, è attivo un gruppo tecnico multidisciplinare²¹ rappresentativo delle professionalità mediche, non mediche e delle professioni interagenti a titolo gestionale, organizzativo e clinico con i sistemi screening (dirigenza medica e non medica, MMG, Specialisti Convenzionati Interni, Comparto). Per l'anno 2013, i componenti dei tre gruppi tecnici aziendali degli screening dei tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina sono stati individuati con deliberazione aziendale N 130 del 4 marzo 2013. I componenti dei gruppi tecnici aziendali degli screening oncologici hanno sviluppato da subito la consapevolezza dell'importanza del "proprio specifico ruolo" per rendere disponibili a livello aziendale protocolli operativi di qualità, basati su prove di efficacia, unitari, condivisi, rivolti a un target inusuale per le discipline che compongono le reti orizzontali dei tre sistemi screening, vale a dire rivolti a un target " clinicamente sano, soggettivamente asintomatico, a rischio di sviluppare un tumore".

5.7 Cabina di regia

L'integrazione delle attività di screening sviluppate dai sistemi multidisciplinari delle tre "reti orizzontali" a matrice clinico – operativa e della "rete verticale" a matrice organizzativo - gestionale è in carico ad una struttura del Dipartimento di prevenzione supportata a livello strategico – decisionale da tre professionalità aziendali d'ambito clinico (Direttore del Dipartimento Immagini per lo screening del tumore della mammella, Direttore del Dipartimento Chirurgie per lo screening del tumore del colon retto e Direttore della Struttura Complessa Assistenza Consultoriale per lo screening del tumore della cervice uterina)



5.8 Modello hub & spoke

Il modello assunto per l'organizzazione delle reti orizzontali a matrice clinico – operativa è di tipo "hub & spoke". Il modello hub & spoke (letteralmente: mozzo e raggi) parte dal presupposto che

²¹ Gruppo Aziendale Screening tumore della MAMmella(acronimo G AS MAM) ; Gruppo Aziendale Screening tumore del COLon RETto(acronimo GAS CORE); Gruppo Aziendale Screening tumore della Cervice Uterina(GAS CUT).

per determinate situazioni e complessità di malattia (per gli screening oncologici le indagini di II livello) siano necessarie competenze che non possono essere assicurate in modo diffuso ma devono invece essere concentrate in centri di alta specializzazione a cui vengono inviati gli assistiti. In questo modo i test di I livello screening sono offerti in più sedi aziendali territoriali / ospedaliere (sedi spoke) mentre gli approfondimenti diagnostici sono effettuati in centri di II livello appositamente individuati (sedi hub), ma è corretto ricordare che tutti i percorsi screening, per raggiungere livelli assistenziali di qualità, non possono prescindere da una reale e continua integrazione tra le sedi di I e II livello coinvolte.

5.9 Background

In Liguria si è cominciato a “parlare” di screening oncologici molti anni fa. Nel 1997, il Consiglio Regionale²² approvava, nell’ambito del Piano Oncologico Regionale, le “Linee Guida per la Prevenzione e la Cura delle Malattie Oncologiche”, individuando tra i suoi obiettivi prioritari lo screening di popolazione per i tumori della mammella e della cervice uterina. L’organizzazione degli interventi di screening era demandata alle AASSLL liguri alle quali istituzionalmente fanno capo le iniziative di prevenzione.

Screening del tumore della mammella: in Liguria, nel 1999²³ è stato costituito il Gruppo Tecnico Regionale²⁴ di coordinamento per lo screening mammario con delega a svolgere un ruolo attivo in merito all’attività di screening mammario a livello regionale. La costituzione del gruppo di lavoro ha consentito la condivisione tra operatori medici e tecnici dei servizi territoriali delle basi conoscitive per l’attuazione dello screening mammario sul territorio ed ha portato alla definizione di protocolli comportamentali, organizzativi e clinici e di modalità per effettuare il monitoraggio del programma²⁵⁻²⁶. Nel giugno 2000, in ASL3 Genovese ha preso l’avvio un progetto pilota²⁷ e nel luglio 2002, grazie alla DGR 1646/2001 che stabiliva di “effettuare nell’arco di un biennio un intervento di prevenzione secondaria dei tumori mammari mediante screening mammario per tutta la popolazione di donne di età 50-59 anni residenti in Liguria e di raggiungere la copertura dell’intera fascia d’età (50-69 anni) nell’arco di un quadriennio”, è iniziata l’estensione dell’attività di screening all’intera regione. Il piano è stato rispettato appieno in tutte le AASSLL fino al dicembre 2004. Dal 2002 al 2004 l’invito a partecipare è stato mediamente esteso al 45% della popolazione che ne aveva diritto ed il grado di adesione della popolazione è stato discreto. Dal 2005 al 2009 la situazione è andata in enorme sofferenza: in ASL 3 l’estensione degli inviti è diminuita in modo significativo riducendosi dal 50,3% del 2004 al 13,5% del 2009 mentre i buoni livelli di adesione registrati nel 2009 (87% rispetto al 44% del 2004) erano falsati dal fatto che negli ultimi anni la quasi totalità delle donne invitate a screening risultava “fidelizzata” avendo eseguito ormai almeno 3 mammografie in regime di screening organizzato. Nel dicembre 2010 La Regione Liguria²⁸ approvava il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 e chiedeva ad ASL 3 sia di estendere l’offerta dello screening del tumore mammario (nel 2011 al 30% della popolazione e nel 2012 al 40% della popolazione) sia di predisporre e attuare un piano di riordino di risorse umane, attrezzature e spazi da dedicare allo screening. Nel biennio 2010 - 2011 l’estensione dell’offerta dello screening del tumore mammario alla popolazione target ha registrato una % del 25,28% mentre nel biennio 2011- 2012 l’avvio del piano di riordino di risorse umane, attrezzature e spazi da dedicare allo screening mammario ha consentito di raggiungere gli obiettivi del PRP 2012 estendendo l’offerta dello screening del tumore mammario al 44,40% della popolazione target.

²² Deliberazione del Consiglio Regionale del 16 settembre 1997

²³ DGR n. 1473

²⁴ Il gruppo è costituito da delegati delle ASL ed è coordinato dall’Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro - IST.

²⁵ Rete Oncologica regione Liguria - prevenzione e screening del carcinoma mammario femminile - edizione 1 (2007)

²⁶ Rete Oncologica regione Liguria - programma di screening mammario regione Liguria - organizzazione e protocollo diagnostico-terapeutico edizione 1 – revisione 1 (2007)

²⁷ Territorio di riferimento del progetto : Municipio di Genova Ponente (Voltri, Pra, Pegli) e i comuni di Arenzano, Cogoleto, Masone, Campoligure, Rossiglione, Tiglieto e Mele.

²⁸ DGR N. 1545 del 17 dicembre 2010

Screening del tumore del colon retto: lo screening del tumore del colon retto ha una storia molto recente in Liguria anche se l'attività del gruppo di lavoro ligure è iniziata nel 2006 con modalità simili a quelle con le quali si era sviluppata l'attività per lo screening mammario²⁹. Il test di screening scelto in Liguria è la ricerca del sangue occulto fecale effettuata con metodo immunologico (identificazione selettiva di emoglobina umana). In ASL3 l'attività di screening è stata avviata negli ultimi mesi del 2010 con un'estensione degli inviti ad un modestissimo 1,97 % della popolazione maschile e femminile di età compresa tra i 50 ed i 69 anni. Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012, per quanto attiene lo screening colo rettale, ha chiesto ad ASL 3 di implementare il programma raggiungendo al 31 12 2011 un'estensione degli inviti pari al 10 % della popolazione bersaglio e al 31 12 2012 un'estensione degli inviti pari al 30 % della popolazione bersaglio e di condurre una sperimentazione di un progetto relativo a percorsi articolati per rischio individuale di neoplasia colo rettale nei familiari di primo grado dei soggetti affetti da adk / adenoma grave screen-detected. Nel 2011, ASL 3, come richiesto dal livello regionale, ha esteso gli inviti a screening del tumore del colon retto al 14 % della popolazione target e, nel 2012, al 31 % .Oltre a ciò, nell'anno 2011, ha progettato e avviato il percorso di gestione del rischio individuale di neoplasia colo-rettale nei familiari di primo grado dei soggetti affetti da adk / adenoma grave screen-detected, gestito dalla Struttura del Dipartimento di Prevenzione che coordina le attività dei tre screening oncologici ; nel 2012 è stata effettuata la prima revisione del progetto.

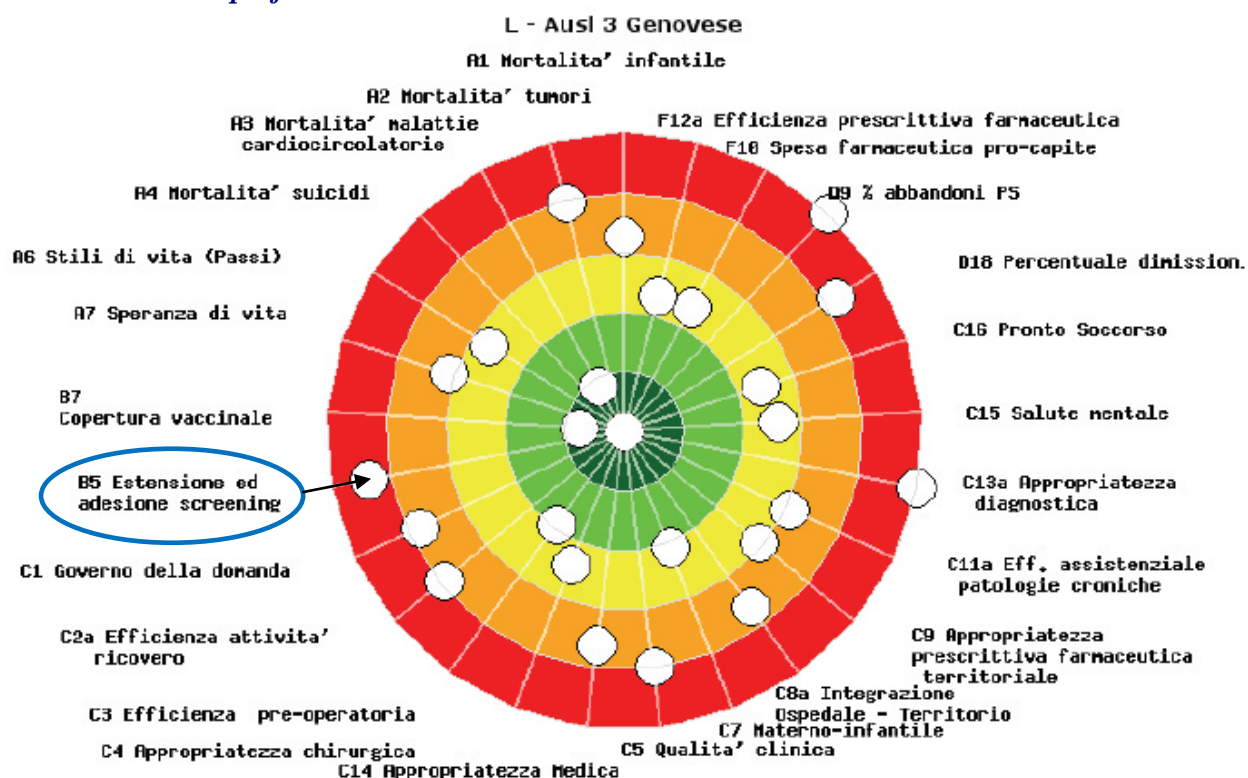
Screening del tumore della cervice uterina : in Liguria il PAP test è molto diffuso: secondo i dati della rilevazione PASSI, oltre il 70% delle donne esegue spontaneamente il test con intervallo almeno triennale. Tuttavia lasciando l'iniziativa di prevenzione oncologica alle donne e ai loro curanti una quota importante di donne resta fuori dal circuito preventivo e non sempre c'è evidenza di sistemi di controllo della qualità che garantiscano tutte le fasi dei test effettuati, dal prelievo all'interpretazione del preparato citologico. L'introduzione dello screening organizzato del tumore della cervice uterina (offerta di un PAP test ogni 3 anni alle assistite in fascia di età 25 – 64 anni) diminuisce il numero di donne che esegue un eccesso di PAP test (1 all'anno o anche più) e aumenta la proporzione di donne che fanno almeno un PAP test ogni tre anni. Il reclutamento delle donne che non hanno mai eseguito un PAP test è importante, in quanto queste, rispetto a quelle che si sottopongono a PAP test con regolarità, hanno un rischio triplo di andare incontro ad una diagnosi di displasia di alto grado e un rischio di avere una diagnosi di cancro di circa 20 volte più alto. È tuttavia difficile, in una realtà in cui l'iniziativa di screening organizzato arriva in ritardo rispetto alla diffusione dell'utilizzo spontaneo del PAP test, ottenere una buona adesione da parte delle donne che hanno ormai individuato il loro referente per questa indagine. E' per questo motivo che il modello d'intervento deciso dalla Regione Liguria prevede l'integrazione tra lo screening spontaneo e lo screening organizzato e , in quest'ottica, la Regione ha promosso il programma per la promozione della qualità del PAP test in Liguria (D.G.R. 1297 del 16/11/2004)³⁰ . L'integrazione si basa da una parte sulla costituzione e sull'aggiornamento di un registro regionale di PAP test che contiene i test effettuati in Regione in forma spontanea e dall'altra sull'offerta dello screening alle donne per le quali non risulta un test registrato in struttura pubblica da almeno 3 anni. In ASL3 l'attività di screening è stata concretamente avviata nei primi mesi del 2011. Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012, per quanto attiene lo screening del tumore della cervice uterina, ha chiesto ad ASL 3 di sviluppare il programma raggiungendo al 31 12 2011 un'estensione degli inviti pari al 5 % della popolazione bersaglio³¹ e al 31 12 2012 un'estensione degli inviti pari al 10 % della popolazione bersaglio. ASL 3, come richiesto dal livello regionale, nel 2011 ha esteso gli inviti a screening del tumore della cervice uterina al 9 % della popolazione target e nel 2012 al 19 % e nella pianificazione del primo livello del percorso screening , allineandosi a quanto previsto a livello nazionale, ha introdotto l'offerta dell'HPV DNA come test di triage nei casi AS-CUS.

²⁹ Rete Oncologica regione Liguria - prevenzione e screening del carcinoma coloretale - edizione 1 (2007)

³⁰ Programma di promozione della qualità del PAP test in Liguria - linee guida operative e percorsi diagnostico-terapeutici – edizione 1- (2007)

³¹ assistite femmine in fascia di età 25 – 64 anni che non hanno fatto un PAP test in struttura pubblica negli ultimi tre anni

5.10 Indicatori di performance



Negli anni 2010/2011/2012 la valutazione dell' estensione e adesione a programmi di screening oncologici ha complessivamente registrato per ASL 3 un punto di estrema debolezza in parte attribuibile all'avvio dello screening del tumore del colon retto negli ultimi mesi del 2010 e dello screening del tumore della cervice uterina nel 2011 ed in parte ascrivibile alla prima fase di riorganizzazione dello screening del tumore della mammella che è iniziata solo negli ultimi due mesi del 2012. Occorrerà quindi attendere i dati di estensione e adesione agli screening relativi agli anni 2013 e 2014 per verificare se le iniziative di sviluppo delle attività di screening realizzate in ASL 3 dal 2013 consentiranno di registrare un trend in positivo degli indicatori di estensione e di adesione agli screening. Mentre i livelli di estensione degli screening oncologici sono facilmente incrementabili ricorrendo ad una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso degli assistiti ai percorsi organizzati di prevenzione, i livelli di adesione a questi percorsi sono invece influenti da fattori poco controllabili dall'organizzazione.

Standard di riferimento per la valutazione dell'estensione e dell'adesione agli screening³²

Screening del tumore mammario	Valore Indicatore in 2 anni	Valutazione estensione	Valore indicatore per singolo anno	Valutazione adesione
	< 80,00	Pessima	< 40,00	Pessima
80,00 – 85,00	Scarsa	40,00 – 52,00	Scarsa	
85,00 – 90,00	Media	52,00 – 64,00	Media	
90,00 – 95,00	Buona	64,00 – 80,00	Buona	
> 95,00	Ottima	> 80,00	Ottima	

Screening	Valore Indicatore in due anni	Valutazione estensione	Valore indicatore per singolo anno	Valutazione adesione
	< 20,00	Pessima	< 30,00	Pessima

³² Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali : Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria – report 2011 (2012)

del tumore del colon retto	20,00 – 40,00	Scarsa	30,00 – 40,00	Scarsa
	40,00 – 60,00	Media	40,00 – 60,00	Media
	60,00 – 80,00	Buona	60,00 – 70,00	Buona
	> 80,00	Ottima	> 70,00	Ottima

Screening del tumore della cervice uterina	Valore Indicatore in tre anni	Valutazione estensione	Valore indicatore per singolo anno	Valutazione adesione
	< 80,00	Pessima	< 30,00	Pessima
	80,00 – 85,00	Scarsa	30,00 – 40,00	Scarsa
	85,00 – 90,00	Media	40,00 – 50,00	Media
	90,00 – 95,00	Buona	50,00 – 60,00	Buona
	> 95,00	Ottima	> 60,00	Ottima

Screening del tumore della mammella: è rivolto a donne in età compresa tra i 50 e i 69 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate a partecipare al programma di screening rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate. Questo secondo indicatore rappresenta il grado di fiducia nel sistema (adesione delle donne invitate per la prima volta dal programma) e di fidelizzazione delle donne, e fornisce una misura indiretta di come venga percepita l'offerta. Un'estensione grezza inferiore all'80% perseguita in un biennio e un'adesione grezza annuale inferiore al 40% sono da considerarsi critiche mentre un'estensione grezza maggiore del 95% perseguita in un biennio e un'adesione grezza annuale maggiore del 80% sono da considerarsi ottimali.

INDICATORE : ESTENSIONE GREZZA SCREENING MAMMARIO					
Definizione	% di donne invitate a screening rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni)				
Numeratore	N. donne invitate a screening in due anni				
Denominatore	Popolazione di riferimento totale (donne in età 50-69)				
Fonte	GISMA ³³				
ANNO 2010		ANNO 2011		ANNO 2012	
Valore	18,05	Valore	25,28	Valore	44,40
Numeratore	18.709	Numeratore	26.463	Numeratore	46.729
Denominatore	103.630	Denominatore	104.689	Denominatore	105.253
Annualità	2009-2010	Annualità	2010-2011	Annualità	2011-2012
ANNI 2010 / 2011 / 2012 : ESTENSIONE CRITICA ; TREND DI ESTENSIONE +					

INDICATORE : ADESIONE GREZZA SCREENING MAMMARIO					
Definizione	% di donne partecipanti a screening rispetto a donne invitate				
Numeratore	N. donne partecipanti a screening				
Denominatore	N. donne invitate a screening				
Fonte	GISMA				
Anno 2010		Anno 2011		Anno 2012	
Valore	76,88	Valore	55,63	Valore	48,66
Numeratore	10.136	Numeratore	7.387	Numeratore	16.276
Denominatore	13.184	Denominatore	13.279	Denominatore	33.450
ANNI 2010 / 2011 / 2012 : TREND DI ADESIONE -					

Screening del tumore del colon retto: è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 e i 69 anni. In Liguria si è scelto di utilizzare come test di screening il test immunochimico per la ricerca del sangue occulto fecale. L'estensione misura quanti soggetti d'ambo i sessi sono stati invitati a eseguire il FOBT³⁴ rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. L'adesione misura quanti soggetti hanno partecipato allo screening rispetto agli invitati. In ASL 3 Genovese lo screening del tumore del colon retto è stato avviato nell'ottobre 2010. Un'estensione grezza inferiore al 20% perseguita in un biennio e un'adesione grezza annuale inferiore al 30% sono da considerarsi critiche mentre un'estensione grezza maggiore del 80% perseguita in un biennio e un'adesione grezza annuale maggiore al 70% sono da considerarsi ottimali.

³³ Gruppo Italiano Screening Mammografico

³⁴ Fecal Occult Blood Test

INDICATORE : ESTENSIONE GREZZA SCREENING TUMORE DEL COLON RETTO					
Definizione	% di persone invitate a screening rispetto alla popolazione bersaglio (persone di età compresa tra i 50 ed i 69 anni)				
Numeratore	N . persone invitate a screening in due anni				
Denominatore	Popolazione di riferimento totale (persone in età 50-70)				
Fonte	GISCOR ³⁵				
ANNO 2010		ANNO 2011		ANNO 2012	
Valore	1.97	Valore	15.03	Valore	29,70
Numeratore	3.943	Numeratore	30.168	Numeratore	59.909
Denominatore	199.764	Denominatore	200.785	Denominatore	201.740
Annualità	2009-2010	Annualità	2010-2011	Annualità	2011-2012
START ANNO 2010 ; ANNO 2010 / 2011 / 2012 : ESTENSIONE CRITICA - TREND DI ESTENSIONE +					
INDICATORE : ADESIONE GREZZA SCREENING TUMORE DEL COLON RETTO					
Definizione	% di persone partecipanti a screening rispetto a persone invitate				
Numeratore	N. persone partecipanti a screening				
Denominatore	N. persone invitate a screening				
Fonte	GISCOR				
Anno 2010		Anno 2011		Anno 2012	
Valore	25.54	Valore	28.32	Valore	27,08
Numeratore	1.007	Numeratore	7.428	Numeratore	9.121
Denominatore	3. 943	Denominatore	26.225	Denominatore	33.684
START ANNO 2010 ; ANNO 2010 / 2011 / 2012 : TREND DI ADESIONE ±					

Screening del tumore della cervice uterina :lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate a effettuare lo screening rispetto alla popolazione bersaglio, nel triennio di rilevazione. In ASL 3 lo screening, in qualità di programma organizzato, è iniziato nel 2011, nella forma tradizionale mediante PAP test. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate. Un'estensione grezza inferiore al 80% perseguita in un triennio e un'adesione annuale grezza inferiore al 30% sono da considerarsi critiche mentre un'estensione grezza maggiore del 95% perseguita in un triennio e un'adesione annuale grezza maggiore del 60% sono da considerarsi ottimali.

³⁵ Gruppo Italiano Screening Colon Retto

INDICATORE : ESTENSIONE GREZZA SCREENING TUMORE CERVIC UTERINA	
Definizione	% di donne invitate a screening rispetto alla popolazione bersaglio (donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni)
Numeratore	N . donne invitate a screening in tre anni
Denominatore	Popolazione di riferimento totale (donne in età 25-64)
Fonte	GISCI ³⁶

ANNO 2011		ANNO 2012	
Valore	6,92	Valore	17,93
Numeratore	14.020	Numeratore	35.689
Denominatore	202.696	Denominatore	199.074
Annualità	2009-2010-2011	Annualità	2010-2011-2012
START ANNO 2011 ; ANNO 2011 / 2012 : TREND DI ESTENSIONE +			

INDICATORE : ADESIONE GREZZA SCREENING TUMORE CERVIC UTERINA			
Definizione	% di donne partecipanti a screening rispetto a persone invitate		
Numeratore	N. donne partecipanti a screening		
Denominatore	N. donne invitate a screening		
Fonte	GISCI		
Anno 2011		Anno 2012	
Valore	8,72	Valore	14,28
Numeratore	1.222	Numeratore	3090
Denominatore	14.020	Denominatore	21.669
START ANNO 2011 ; ANNO 2011 / 2012 : TREND DI ADESIONE +			

5.11 Sviluppo dell'offerta

Screening del tumore della mammella: il programma di screening di popolazione del tumore della mammella prevede l'esecuzione gratuita di una mammografia ogni 2 anni per tutte le assistite di età compresa tra i 50 e i 69 anni, residenti sul territorio della ASL 3 Genovese, che non hanno sviluppato in precedenza la malattia e prive di sintomi al seno. Le assistite ricevono l'invito a partecipare al programma di screening direttamente a casa per lettera: nella lettera di invito sono indicate tutte le informazioni necessarie per un'adesione libera e consapevole al programma, oltre che data, orario e sede dell'appuntamento della mammografia. Per fare la mammografia è sufficiente, il giorno dell'appuntamento, presentare la lettera di invito (non è necessaria né la richiesta del medico curante né la prenotazione). In qualunque momento le assistite invitate possono uscire volontariamente dal programma, fatta salva la possibilità di richiedere sempre il proprio reinserimento. Se il risultato della mammografia è negativo, l'assistita riceve l'esito dell'esame direttamente a casa per lettera e, dopo 2 anni, se sempre assistita da ASL 3 Genovese, riceve un nuovo invito a screening fino al compimento del 69esimo anno di età. Se il risultato della mammografia è dubbio o comunque meritevole di ulteriori approfondimenti diagnostici, l'assistita è contattata telefonicamente e le è proposto di proseguire le indagini. L'adesione al programma offre all'assistita un percorso di diagnosi, cura e follow-up completo e gratuito, orientato alla persona, multidisciplinare, basato sulle più recenti prove di efficacia e volutamente dinamico per quanto attiene le azioni di miglioramento della qualità da intraprendere. Lo screening organizzato del tumore mammario, attivo in ASL da più di un decennio ma non equamente offerto in passato a tutte le assistite aventi diritto ha richiesto, proprio nell'ottica di uno sviluppo sostenibile dell'offerta come indicato dal vigente Piano Regionale della Prevenzione, una completa rivisitazione, condivisa da tutti gli attori, delle fasi organizzative ed operative dell'intero percorso. Già negli ultimi mesi del 2012 si è provveduto ad invitare a screening circa 32.000 assistite aventi diritto e in gran parte mai invitate in precedenza. Solo nel corso del 2013 sarà possibile perseguire la definitiva riorganizzazione del percorso superando tutte le criticità evidenziate negli anni precedenti. Questo

³⁶ Gruppo Italiano Screening Citologico

nel 2013 si tradurrà nell'invitare circa 66.000 assistite per poter raggiungere nel biennio 2012 / 2013 un'estensione dello screening compresa tra il 90% e il 95% registrando un trend in positivo rispetto alla performance fortemente critica del 44,40 % registrata nel biennio 2011 – 2012. Nel biennio 2013 – 2014 poi, si cercherà di raggiungere un'estensione > 95% considerata ottimale.

Punti di forza :

- Ø i centri istituzionali di esecuzione delle mammografie digitali di screening passano da due (1 Ospedale San Carlo di Voltri + 1 Fiumara) a sette (1 Ospedale San Carlo di Voltri + 1 Ospedale Micone di Sestri P.+ 2 Fiumara + 1 Ospedale Gallino di Pontedecimo +1 Poliambulatorio Struppa, + 1 Ospedale Recco);
- Ø la condivisione “in rete” delle immagini mammografiche consente la lettura delle mammografie di screening in doppio cieco concordato da ogni postazione di lavoro in rete, fatto che porta ad un minor numero di “spostamenti” dei medici radiologi da una sede screening all'altra con conseguente ottimizzazione del tempo lavoro ;
- Ø i centri di esecuzione degli esami di approfondimento modificano sedi e numero di radiologi impegnati nel II livello screening passando da 2 sedi (Ospedale San Carlo di Voltri + Fiumara) , 2 radiologi a 2 sedi (Ospedale villa Scassi + Fiumara), 7 radiologi (unica indagine eseguita in altra sede non ASL è il VAAB (VAcuum Assisted Biopsy) che sarà eseguita c/o IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST);
- Ø è stato individuato 1 centro di chirurgia/chirurgia plastica ricostruttiva presso l'Ospedale Villa Scassi;
- Ø la Regione Liguria ha attivato un corso di formazione in screening del tumore mammario per radiologi già esperti in senologia clinica mentre la ASL avvierà un corso FAD / base sullo screening del tumore mammario per tutte le figure sanitarie aziendali e per i MMG ed un secondo corso FAD / avanzato riservato a TSRM esperti in mammografia clinica ma mai formati in screening, a TSRM già formati in screening (per re training), a infermieri e assistenti sanitari. Questo doppio canale formativo consentirà di esprimere in futuro un'offerta completamente istituzionale del percorso screening perché tutti i radiologi e TSRM operativi nei centri di radiologia aziendali potranno operare indifferentemente in attività di screening o in attività di senologia clinica in giusta quota parte del loro debito orario e in base alla programmazione annuale;
- Ø è attivo in azienda un gruppo tecnico interdisciplinare dello screening mammario che sta definendo protocolli operativi evidence-based in merito ai controlli di qualità da adottare , alle attività di I / II / III livello screening , all'organizzazione, valutazione e comunicazione del programma di screening in stretta collaborazione con altri professionisti aziendali e di altre aziende ospedaliere dell'area metropolitana: entro il 31 12 2013 i protocolli operativi relativi allo screening del tumore mammario saranno oggetto di uno specifico documento;
- Ø la sezione relativa allo screening mammario è disponibile on line sul sito <http://www.screening.asl3.liguria.it>
- Ø il settore comunicazione e marketing sta lavorando per tradurre in lingua inglese, araba e spagnola l'informativa sul percorso screening di ASL 3.

Screening del tumore del colon retto: lo screening del tumore del colon retto mira a identificare precocemente le forme tumorali invasive, ma anche a individuare e rimuovere i possibili precursori. Lo sviluppo di un tumore del colon retto è in quasi tutti i casi (circa il 90%) preceduto dalla comparsa di lesioni benigne (polipi o adenomi) che possono nel tempo degenerare in tumore (in circa il 25% dei casi). Molto spesso i polipi, ma anche i tumori del colon retto, non danno alcun disturbo per anni. Per entrambi i sessi il rischio di ammalarsi di tumore del colon retto è più elevato nella fascia di età compresa tra i 50 ed i 70 anni. Uno dei segni precoci della presenza di un polipo o di un tumore del colon retto, anche nelle sue prime fasi di sviluppo, è il sanguinamento non visibile ad occhio nudo. Il target dello screening del tumore del colon retto è costituito dalle persone di ambo i sessi di età compresa tra i 50 e i 69 anni, residenti nel territorio della ASL3 Genovese, che

non hanno già contratto questo tipo di neoplasia o che non risultano affetti da retto colite ulcerosa o morbo di Crohn. In ASL 3 Genovese il programma di screening organizzato del tumore del colon retto è stato avviato nel ottobre 2010. Il percorso prevede l'offerta attiva di un test primario (Fecal Occult Blood Test – metodo immunocromatografico) su un unico campione di feci senza restrizioni dietetiche, poiché rileva la presenza nelle feci della sola emoglobina umana. In caso di negatività del FOBT (valore quantitativo di sangue occulto < 100 ng/ml) la persona è nuovamente invitata ogni due anni ad eseguire il FOBT, fino al compimento del 70esimo anno di età. Se il risultato del FOBT è positivo (valore quantitativo di sangue occulto > 100 ng/ml), la persona è contattata telefonicamente e le è proposto di proseguire con un approfondimento diagnostico che consiste nel sottoporsi ad una colonscopia totale preceduta da un colloquio per la raccolta della storia clinica personale e dall'esecuzione di alcuni esami ematochimici se ritenuti necessari (emocromo – INR); a questa, in casi particolari (concordati tra specialisti endoscopisti e radiologi) può seguire l'offerta di una colonscopia virtuale. Gli assistiti sono seguiti in follow-up secondo il protocollo operativo e.b.m. validato dal gruppo tecnico aziendale dello screening del tumore del colon retto. Lo screening del tumore del colon retto interessa potenzialmente più di 200.000 assistiti maschi e femmine di età compresa tra i 50–69 anni, residenti nel territorio di ASL3 Genovese. In ASL 3 l'offerta del percorso screening del tumore del colon retto è iniziata a fine 2010, complessivamente sono state invitate più di 60.000 persone residenti su due dei sei distretti di ASL 3 Genovese (DDSS 10 + 9). Il completamento del 1° round si è concluso nel DSS 10 nel mese di settembre 2012 e nel DSS 9 nel mese di marzo 2013. Nel corso del 2013 si prevede di estendere l'offerta dello screening su tutto il territorio di ASL 3 Genovese. Questo nel 2013 si tradurrà nell'invitare circa 116.000 assistiti per poter raggiungere nel biennio 2012 / 2013 un'estensione dello screening compresa tra il 60% e il 80 % (considerata buona) registrando un trend in positivo rispetto alla performance fortemente critica del 29,70 % registrata nel biennio 2011 – 2012 .Nel biennio 2013 – 2014 poi, si cercherà di raggiungere un'estensione > 80 % considerata ottimale.

Punti di forza:

- Ø aumento del numero dei centri infermieristici territoriali di consegna e ritiro delle provette / FOBT da cinque [DSS 10 : Via Bonghi (Bolzaneto), Via Canepari (Rivarolo), Via Trento e Trieste (Borgofornari); DSS 9: Fiumara (Sampierdarena), Via Soliman (Sestri Ponente)] a quindici [DSS 10 : Via Bonghi (Bolzaneto), Via Canepari (Rivarolo), Via Trento e Trieste (Borgofornari); DSS 9: Fiumara (Sampierdarena), Via Soliman (Sestri Ponente);DSS 8: Via Camozzini (Voltri), Via Isnardi (Cogoleto), Via Rossi (Campoligure);DSS 11: Via Assarotti (Genova);DSS 12: Via Archimede (Genova), Via Struppa (Genova), Via Martini (Bargagli), Via della Provvidenza (Torriglia); DSS 13: via Bianchi (Recco), via Missolungi (Nervi)];
- Ø aumento del numero dei centri di visita precolonscopia da tre (DDS 10 : 1; DSS 9 :2) a sette(DDS 10 : 1; DSS 9 :2; DSS 11: 1; DSS 12 : 2; DSS 13 : 1);
- Ø aumento dei centri di colonscopia da due (Ospedale Gallino di Pontedecimo + Ospedale Villa Scassi di Sampierdarena) a tre (Ospedale Gallino di Pontedecimo + Ospedale Villa Scassi di Sampierdarena + Ospedale Padre Antero Micone di Sestri P);
- Ø il gruppo tecnico interdisciplinare dello screening del tumore del colon retto sta definendo protocolli operativi e.b.m in merito alle attività di I / II / III livello screening , all'organizzazione, valutazione e comunicazione del programma di screening in stretta collaborazione con altri professionisti aziendali e di altre aziende ospedaliere dell'area metropolitana: entro il 31 12 2013 i protocolli operativi relativi allo screening del tumore del colon retto saranno oggetto di uno specifico documento;
- Ø il settore comunicazione e marketing sta lavorando per tradurre in lingua inglese, araba e spagnola l'informativa sul percorso screening di ASL 3;
- Ø la sezione screening del tumore del colon retto è stato aggiornata sul sito <http://www.screening.asl3.liguria.it>;

Ø è attivo il corso FAD /base sugli screening del tumore del colon retto e della cervice uterina per tutte le figure sanitarie aziendali e per i MMG: nel 2014 sarà effettuata la revisione del corso secondo i criteri adottati per i corsi FAD / base e FAD /avanzato correlati allo screening mammario.

Screening del tumore della cervice uterina: il programma di screening del tumore della cervice uterina, è offerto a tutte le assistite sane di età compresa tra i 25 e i 64 anni residenti sul territorio di Asl 3 Genovese che non risultano aver fatto un PAP test in struttura pubblica negli ultimi 3 anni. Queste assistite, ogni 3 anni, sono invitate (con invito personale, per lettera) ad eseguire un PAP test in una sede ASL. Il PAP test è il test primario di screening utilizzato nel programma; è eseguito in sedi ASL da ostetriche adeguatamente formate. Se il PAP test risulta negativo l'assistita riceve direttamente a casa per lettera l'esito dell'esame e dopo tre anni riceve un nuovo invito a screening. Se il PAP test risulta positivo per alterazioni cellulari francamente tumorali o pre - tumorali l'assistita è invitata telefonicamente a fare una colposcopia di approfondimento. Quando il risultato di un PAP test evidenzia la presenza di cellule alterate di significato incerto (casi ASC - US) l'assistita è invitata telefonicamente ad eseguire un prelievo per HPV DNA test (test che esclude la presenza di un'infezione da ceppi HPV ad alto rischio di sviluppare un tumore della cervice uterina). Se il risultato dell' HPV DNA test è negativo l'assistita riceve direttamente a casa per lettera l'esito di entrambi gli esami e dopo un anno è invitata a ripetere il PAP test. Se il risultato dell' HPV DNA test è positivo l'assistita è invitata telefonicamente a fare una colposcopia di approfondimento. Le assistite sono seguite in follow-up secondo il protocollo operativo e.b.m. validato dal gruppo tecnico aziendale dello screening del tumore della cervice uterina. In ASL 3 Genovese il programma di screening organizzato del tumore della cervice uterina ha preso concretamente l'avvio nel gennaio 2011. Complessivamente sono state invitate più di 30.000 femmine residenti su due dei sei distretti di ASL 3 Genovese (DDSS 11 + 8). Nel 2013 è previsto il completamento del 1° round nel DSS 11. Sempre nel 2013 si prevede di estendere l'offerta dello screening su tutto il territorio di ASL 3 Genovese. Questo nel 2013 si tradurrà nell'invitare circa 66.500 assistite per poter raggiungere nel triennio 2011 / 2013 un'estensione dello screening del 50 % circa (considerata comunque critica) registrando però un netto trend in positivo rispetto all'estensione del 17,93% registrata nel triennio 2010 / 2012. Nel triennio 2012 / 2014 si cercherà di raggiungere un'estensione compresa tra il 90% e il 95% (considerata buona).

Punti di forza:

Ø aumento del numero dei centri territoriali di esecuzione PAP Test/ HPV DNA test da due [DSS 11 : Viale Brigade Partigiana ; DSS 8: via Pegli (ex Ospedale Martinez)] a sei [(DSS 11 : Viale Brigade Partigiana ; DSS 8: via Pegli (ex Ospedale Martinez) + Via Isnardi (Cogoleto) ; DSS 9: Via Soliman (Sestri Ponente); DSS 10: Ospedale Gallino (Pontedecimo) ;DSS 12: Via Struppa (Genova)];

Ø il gruppo tecnico interdisciplinare dello screening del tumore della cervice uterina sta definendo protocolli operativi e.b.m in merito alle attività di I/II/III livello screening, all'organizzazione, valutazione e comunicazione del programma di screening in stretta collaborazione con altri professionisti aziendali e di altre aziende ospedaliere dell'area metropolitana entro il 31 12 2013 i protocolli operativi relativi allo screening del tumore della cervice uterina saranno oggetto di uno specifico documento;

Ø il settore comunicazione e marketing sta lavorando per tradurre in lingua inglese, araba e spagnola l'informativa sul percorso screening di ASL 3;

Ø la sezione screening del tumore della cervice uterina è stata aggiornata sul sito <http://www.screening.asl3.liguria.it>;

Ø è attivo il corso FAD /base sugli screening del tumore del colon retto e della cervice uterina per tutte le figure sanitarie aziendali e per i MMG: nel 2014 sarà effettuata la revisione del corso secondo i criteri adottati per i corsi FAD / base e FAD /avanzato correlati allo screening mammario.

5.12 Dall'informazione all'azione: le schede progetto

Screening del tumore della mammella				
Breve descrizione dell'intervento realizzato Il Programma prevede la riorganizzazione dell'attività di screening del tumore della mammella allo scopo di ottenere un incremento dell'estensione degli inviti e quindi del tasso di copertura. Si propone una rivisitazione e sviluppo riorganizzativo delle modalità operative con l'obiettivo di giungere ad un' equilibrata integrazione istituzionale tra attività di screening e di senologia clinica.				
Beneficiari Il target dello screening del tumore della mammella sono le assistite di età compresa tra i 50 e i 69 anni, residenti sul territorio della ASL 3 Genovese, che non hanno sviluppato in precedenza la malattia e prive di sintomi al seno.				
Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti Gli obiettivi perseguiti sono aumentare l'estensione dello screening del cancro della mammella , facilitare l'adesione delle assistite al programma				
Servizi aziendali coinvolti: Dirigenza medica e non medica , professioni afferenti a Dipartimento Patologia Clinica // POU // Dipartimento Chirurgie // Dipartimento Immagini // STAFF D S // Dipartimento Specialità Chirurgiche // Distretti Socio Sanitari // Specialisti Convenzionati Interni branca di competenza // Dipartimento Prevenzione // MMG // SIA // Comunicazione e Marketing // Aggiornamento e Formazione				
Partners esterni coinvolti: Coordinatore Regionale Screening Oncologici // IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST // Ospedale Evangelico Internazionale.				
Modalità e strumenti di comunicazione: corrispondenza :Sistema portale - postel // Call center telefonico - Tel. 010 8496411 // Fax 010 8495627 // E - mail: infoscreening@asl3.liguria.it // Portale : http://www.screening.asl3.liguria.it .				
Strumenti di gestione: software web // accesso da intranet				
INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
% di donne invitate a screening rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni) Numeratore: N. donne invitate a screening in due anni Denominatore: Popolazione di riferimento totale (donne in età 50-69) Fonte : GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammario)	44,40%	compreso tra 90 % e 95 %	> 95%	mantenimento

Responsabile del progetto

Ivana Valle

Screening del tumore del colon retto

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Lo screening del tumore del colon retto mira a identificare precocemente le forme tumorali invasive, ma anche a individuare e rimuovere i possibili precursori. Lo sviluppo di un tumore del colon-retto è in quasi tutti i casi (circa il 90%) preceduto dalla comparsa di lesioni benigne (polipi o adenomi) che possono nel tempo degenerare in tumore (in circa il 25% dei casi). Molto spesso i polipi, ma anche i tumori del colon-retto, non danno alcun disturbo per anni. Per entrambi i sessi il rischio di ammalarsi di tumore del colon-retto è più elevato nella fascia di età compresa tra i 50 ed i 70 anni. Uno dei segni precoci della presenza di un polipo o di un tumore del colon-retto, anche nelle sue prime fasi di sviluppo, è il sanguinamento non visibile ad occhio nudo. In ASL 3 Genovese l'offerta del percorso screening è iniziata negli ultimi mesi del 2010.

Beneficiari

Il target primario dello screening del tumore del colon-retto sono le persone di ambo i sessi di età compresa tra i 50 e i 69 anni, residenti nel territorio della ASL3 Genovese, che non hanno già contratto questo tipo di neoplasia o che non risultano affetti da retto colite ulcerosa o morbo di Crohn. Il target secondario sono i familiari di primo grado dei casi adk o adenoma avanzato screen – detected a cui è offerta una colonscopia totale o in alternativa un FOBT a cadenza annuale.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Gli obiettivi perseguiti sono aumentare l'estensione dello screening del cancro del colon retto, facilitare l'adesione degli assistiti al programma, proseguire le attività di cui a progetto di gestione del rischio individuale per neoplasia coloretale nei familiari di primo grado dei casi adk o adenoma avanzato screen – detected

Servizi aziendali coinvolti:

Dirigenza medica e non medica, professioni afferenti a Dipartimento di Patologia Clinica // DMO – POU // Dipartimento Cardiologia // Dipartimento di Patologia Clinica // Specialisti Convenzionati Interni branca di competenza // Dipartimento Chirurgie // Dipartimento di Prevenzione // Dipartimento di Medicina // Dipartimento Immagini // Dipartimento Attività Farmaceutiche // Distretti Socio Sanitari // STAFF D S // MMG // SIA // Comunicazione e Marketing // Aggiornamento e Formazione

Partners esterni coinvolti:

Coordinatore Regionale Screening Oncologici // IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST.

Modalità e strumenti di comunicazione:

Sistema portale - postel // Call center telefonico – Tel. 010 6448986 // Fax 010 849 9055 // E - mail: screeningcolonretto@asl3.liguria.it // portale: <http://www.screening.asl3.liguria.it>;

Strumenti di gestione: software web // accesso da intranet

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
% di persone invitate a screening rispetto alla popolazione bersaglio (persone in età compresa tra i 50 ed i 69 anni) Numeratore: N. persone invitate a screening in due anni Denominatore: Popolazione di rifeimento totale (persone in età 50-69) // Fonte : GISCoR (Gruppo Italiano Screening Colo Rettale)	29,70%	compreso tra 60% e 80 %	> 80%	mantenimento

Responsabile del progetto

Ivana Valle

Screening del tumore della cervice uterina

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Lo screening del tumore della cervice uterina prevede di invitare , ogni tre anni con invito attivo ad eseguire un PAP test tutte le assistite sane di età compresa tra i 25 e 64 anni . Il PAP test è il test primario di screening; è eseguito in sedi ASL da ostetriche adeguatamente formate. L' HPV DNA test è il test di triage del programma riservato ai soli casi ASC – US. La colposcopia è l'indagine di approfondimento offerta ai casi positivi . In ASL 3 Genovese il programma di screening organizzato del tumore della cervice uterina ha preso concretamente l'avvio nel gennaio 2011.

Beneficiari

Popolazione femminile sana in età compresa tra 25 e 64 anni che non risulta aver fatto un PAP test in struttura pubblica negli ultimi 3 anni

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Gli obiettivi perseguiti sono ridurre la mortalità per carcinoma della cervice uterina , aumentare l'estensione dello screening del cancro della cervice uterina , facilitare l'adesione delle assistite al programma

Servizi aziendali coinvolti:

Dirigenza medica e non medica , professioni afferenti a Dipartimento Patologia Clinica // DMO – POU // Dipartimento di Prevenzione // Dipartimento Cure Primarie Attività Distrettuali // Specialisti Convenzionati Interni di branca di competenza // Dipartimento Materno -Infantile // Distretti Socio Sanitari // Dipartimento Attività Farmaceutica STAFF D S // MMG // SIA // Comunicazione e Marketing // Aggiornamento e Formazione

Partners esterni coinvolti:

Coordinatore Regionale Screening Oncologici // IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST //

Modalità e strumenti di comunicazione:

Sistema portale - postel // Call center telefonico – Tel. 010 849 8984 // Fax 010 849 9055 // E - mail: screeningcervice@asl3.liguria.it // portale : <http://www.screening.asl3.liguria.it>;

Strumenti di gestione: software web // accesso da intranet

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
% di donne invitate a screening rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni) Numeratore: N. donne invitate a screening in tre anni Denominatore: Popolazione di rifeimento totale (donne in età 25-64) Fonte : GISCi (Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma)	17,08%	≥ 50 %	compreso tra 90 % e 95 %	Mantenimento

Responsabile del progetto

Ivana Valle

PER APPROFONDIRE

Piano nazionale della prevenzione 2010 – 2012	
Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012	DGR N. 1545 del 17/12/2010
Piano Regionale della Prevenzione -programmazione 2009	DGR N. 621 del 15/05/2009
Piano Regionale della Prevenzione anno 2005 / 2007 – proroga per l'anno 2008	DGR N. 586 del 30/05/2008
Piano Regionale della Prevenzione 2005/2007 – seconda fase	DGR N. 58 del 03/02/2006
Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007	DGR N. 1268 del 28/10/2005 DRG N. 1417 del 18/11/2005
Bonelli L. La prevenzione secondaria e lo screening organizzato in Liguria. Quaderni dell'Agenzia n° 7 (2011); 40 – 46	
Carloni R., Sasso T. Mortalità in Liguria per le principali patologie neoplastiche. Quaderni dell'Agenzia n° 7 (2011); 34 – 39	
Paoli G. Estensione e adesione agli screening oncologici . La valutazione della performance del Servizio Sanitario Regionale Ligure – Report 2011 - capitolo II ;88 – 95.	
Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Liguria ,Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria – report 2011 (2012)	

6. Prevenzione delle complicanze delle malattie croniche in un contesto di gestione integrata

6.1 Analisi di contesto

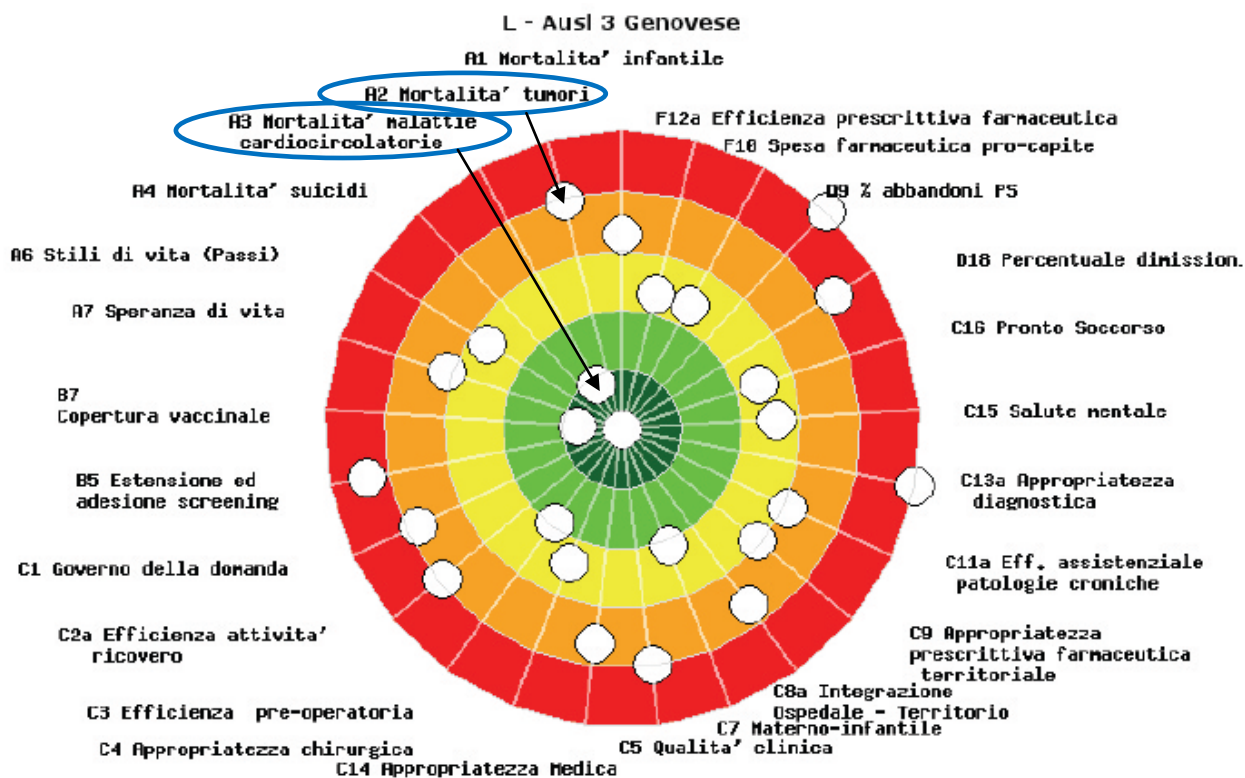
Nell'attuale scenario demografico le malattie cronic-degenerative, legate al processo di invecchiamento dell'organismo, si confermano come le principali cause di morte in Italia: le malattie del sistema circolatorio e i tumori rappresentano, ormai da anni, le prime due più frequenti cause di morte, responsabili nel 2008 di ben 7 decessi su 10 (396.692 su 578.190 decessi totali).

I dati ISTAT relativi ai tassi di mortalità per le principali malattie croniche nel territorio della Asl 3 Genovese non sono molto diversi da quelli delle altre Asl e Regioni italiane³⁷.

Per quanto riguarda le malattie cardiocircolatorie, il diabete e le malattie dell'apparato respiratorio si rileva una situazione di relativo vantaggio rispetto alla media italiana e alla media della regione Liguria. L'indicatore A3 (mortalità per malattie cardiocircolatorie) del Sistema per la valutazione della performance dei sistemi sanitari è coerente con quanto detto sopra. Tutto ciò naturalmente non elimina il fatto che la prevalenza delle malattie cardiocircolatorie sia elevata in termini assoluti e che queste malattie costituiscano la principale causa di morte anche nel territorio della Asl 3 Genovese.

Una situazione di relativo vantaggio della Asl 3 Genovese rispetto ai valori medi italiani e liguri si evidenzia anche in rapporto alla mortalità evitabile per la maggior parte delle cause³⁸, con l'eccezione della mortalità evitabile per tumori maligni dell'apparato respiratorio che documenta invece dei valori superiori rispetto ai valori medi italiani e liguri.

Una criticità relativa alle patologie neoplastiche è documentata anche dall'indicatore A2 (mortalità per tumori) del Sistema per la valutazione della performance dei sistemi sanitari, che presenta un valore pari a 177,72 per 100.000, superiore a quello delle altre Asl liguri (il cui range varia da 161,40 per La Spezia a 175,73 per Chiavari) e a quello di altre Asl e Regioni partecipanti.



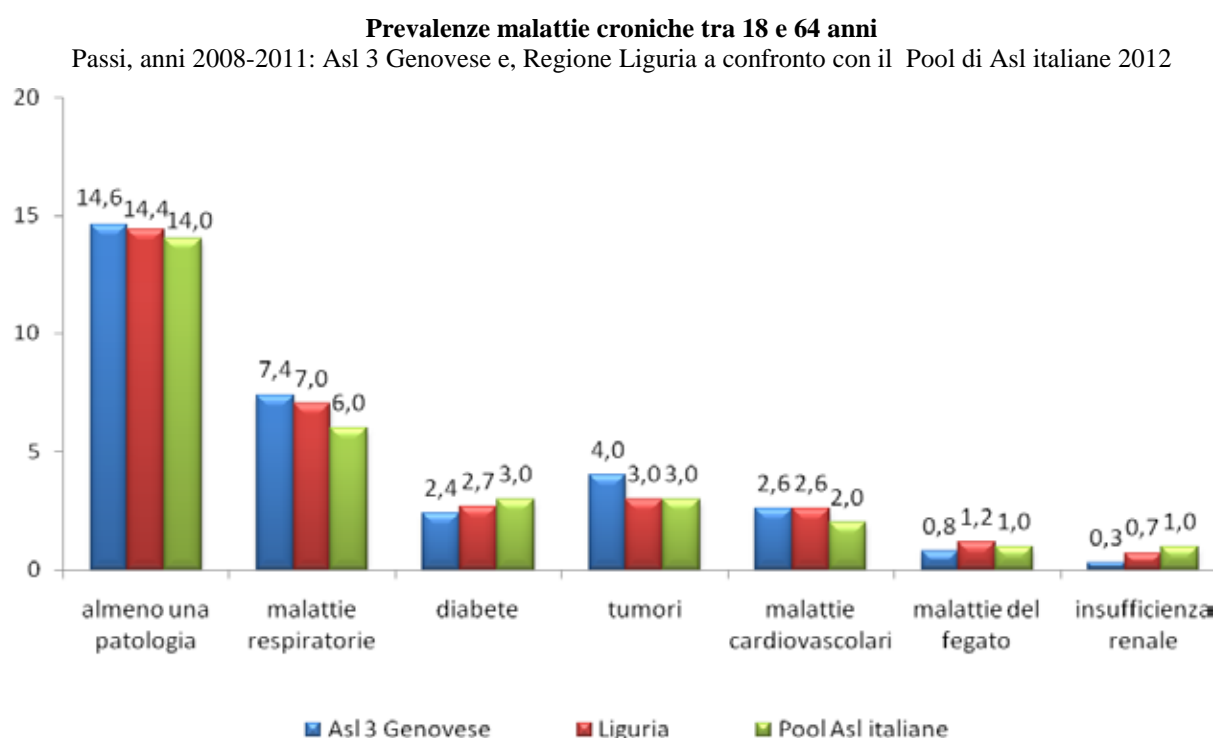
³⁷ http://www.asl3.liguria.it/progetti/passi/pdf/profilo_asl3_2011.pdf

³⁸ http://www.atlantesanitario.it/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=79

Informazioni sulla prevalenza delle malattie croniche nel territorio della Asl 3 Genovese possono essere fornite dal sistema Nocchiero dell'Agencia Regionale Sanitaria della Liguria, che integra i flussi regionali dell'assistenza ospedaliera (SDO) con la specialistica ambulatoriale e l'assistenza farmaceutica. Dai dati relativi al 2011 si può ricavare che la numerosità della popolazione affetta dalle principali patologie croniche in Asl 3 Genovese è la seguente:

	Diabete	BPCO	Ipertensione	Cardiopatía senza sintomi di scompenso	Cardiopatía con sintomi di scompenso	Scompenso	IRC conclamata
ASL 3 Genovese	41.026	35.396	122.894	33.780	9.313	1.445	6.574

Altre informazioni sulla prevalenza delle malattie croniche, limitate alla fascia di età 18-64 anni, si ricavano dal Sistema di Sorveglianza Passi:



Risulta quindi ben documentato che **l'elevata prevalenza di malattie croniche, legata alla situazione demografica**, costituisce per la nostra Azienda, così come per le altre Asl italiane, una priorità per l'intero sistema di assistenza sanitaria e sociale e una minaccia per la sua sostenibilità.

Il problema va affrontato, oltre che con interventi di prevenzione primaria e secondaria di cui si è parlato nel capitolo precedente, **anche migliorando la qualità delle cure ai pazienti** già affetti da malattie croniche, attraverso l'applicazione di modelli di gestione integrata e l'integrazione fra ospedale e territorio, secondo quanto previsto dalle **Linee guida della Regione Liguria**:

- DGR 518 del 4 maggio 2012: Approvazione "Protocollo per la gestione integrata delle patologie croniche epidemiologicamente più rilevanti (diabete, scompenso cardiocircolatorio, bronco pneumopatia cronica ostruttiva)"
- Determina del Commissario Straordinario dell'ARS n. 57 del 26 luglio 2012: Distretto Sociosanitario: definizione competenze distrettuali, con particolare riferimento alla gestione integrata delle patologie croniche di cui alla DGR n° 518 del 4/5/2012, dell'attività socio-

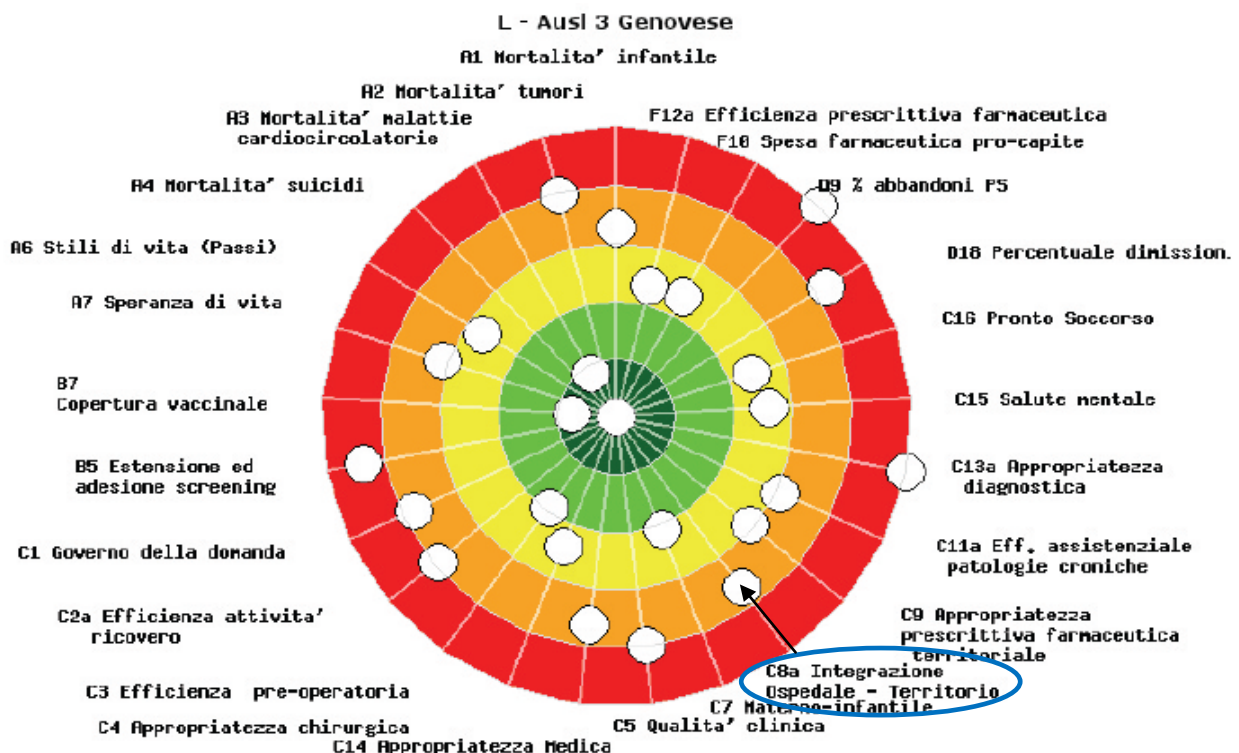
sanitaria e dell'integrazione tra ASL e Comuni; individuazione criteri di riorganizzazione delle attività, indicatori delle attività, criteri di valutazione in applicazione di quanto disposto dalla DGR n° 675/2012.

- Documento sanitario presentato alla seduta di Giunta Regionale del 12 ottobre 2012: Potenziamento dell'offerta territoriale. Adeguamento dell'offerta ospedaliera agli standard nazionali. Dimensionamento della rete e delle componenti del sistema di emergenza.

Con tali provvedimenti la Regione Liguria ha definito anche gli **strumenti di valutazione e monitoraggio** relativi alle competenze distrettuali in tema di patologie croniche, facendo riferimento agli indicatori del Sistema per la valutazione della performance dei sistemi sanitari coordinato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Di seguito viene presentata un'analisi della performance della Asl 3 Genovese relativa ad alcuni di questi indicatori.

Integrazione ospedale-territorio: C8a



L'indicatore C8a costituisce una sintesi dei seguenti indicatori più specifici:

- **% ricoveri >30 gg per residenti:** mostra in Asl 3 Genovese un valore di 2,70 (il più elevato rispetto a quelli di tutte le Asl partecipanti) ed evidenzia una scarsa organizzazione territoriale per il contrasto ai ricoveri "sociali" e, più in generale, la mancanza di una efficace integrazione ospedale-territorio.
- **% ricoveri ripetuti a 31-180 giorni:** questo indicatore misura la capacità di presa in carico territoriale: nella nostra Asl nel 2011 il valore è di 5,56%, collocabile tra i valori medio-bassi del sistema di valutazione ed in lieve aumento rispetto all'anno precedente.
- **tasso concepimento per minori:** questo indicatore misura l'attività territoriale dei consultori nei confronti delle problematiche legate a contraccezione, disagio, abuso e maltrattamento e, nello stesso tempo, il grado di collaborazione con l'area ospedaliera. Viene calcolato come rapporto tra la somma dei parti, degli aborti spontanei e delle IVG delle minorenni tra 12 e 17 anni e la stessa

popolazione femminile di riferimento; in Asl 3 Genovese il suo valore è di 8,67 ogni 1000 residenti minorenni, il più elevato rispetto a quelli di tutte le Asl partecipanti al sistema di valutazione. Questo dato rappresenta una criticità, anche se bisogna rilevare che in parte potrebbe essere dovuto alle abitudini culturali di alcune etnie presenti nella nostra città.

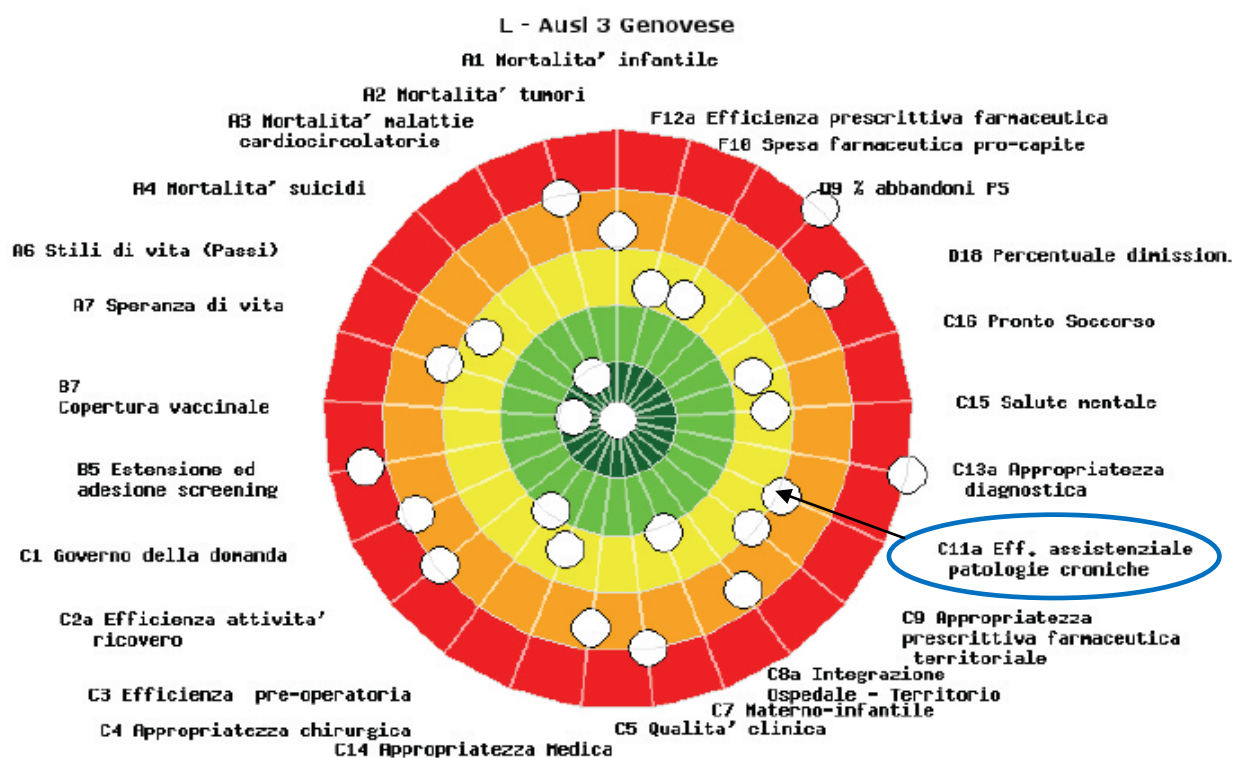
- **tasso di ricovero per polmonite per 100.000 residenti 20-74 anni:** questo indicatore costituisce una variabile *proxy* della misura dell'appropriatezza dell'assistenza primaria nel trattamento della patologia acuta. Il valore di Asl 3 è pari a 132,21, superiore a quello delle altre Asl Liguri e sopra la mediana dei valori delle Asl partecipanti al sistema di valutazione.

- **pediatria di base**

- **tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti 2-17 anni:** un ruolo determinante per la gestione di tale patologia spetta all'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale e la definizione di percorsi per la gestione dell'asma, limitando ai soli casi più gravi il ricorso all'ospedalizzazione. Il valore di Asl 3 Genovese è 72,70, superiore rispetto alla mediana dei valori delle Asl partecipanti al sistema di valutazione.

- **tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti 0-17 anni:** anch'esso misura indirettamente l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza territoriale; per Asl 3 il valore è 131,40, inferiore alla media valori delle Asl partecipanti al sistema di valutazione.

Efficienza assistenziale patologie croniche: C11a



L'indicatore C11a è una sintesi dei seguenti indicatori più specifici, ciascuno dei quali si propone di misurare indirettamente la capacità di intervento preventivo e continuativo delle cure erogate a livello territoriale:

- **tasso di ricovero per scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni:** il valore di Asl 3 Genovese è 231,18, inferiore alla mediana delle Asl partecipanti al sistema di valutazione.

- **tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni:** il valore di Asl 3 Genovese è 41,24, superiore alla mediana delle Asl partecipanti al sistema di valutazione.

- **tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti:** il valore di Asl 3 Genovese è 46,20, nettamente inferiore alla media Ligure e a quella delle Asl partecipanti al sistema di valutazione testimoniando un buon approccio multidisciplinare a questa problematica.
- **tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni:** il valore di Asl 3 Genovese è 135,0, superiore alla mediana delle Asl partecipanti al sistema di valutazione.

Per favorire la gestione integrata delle malattie croniche e il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti affetti da malattie croniche, anche attraverso la prevenzione delle complicanze che possono contribuire a creare o aggravare condizioni di fragilità o disabilità, **la nostra Azienda si propone di realizzare nel triennio 2013-2015 le azioni descritte nel successivo paragrafo 6.2:** “Dall’informazione all’azione: le schede progetto”.

6.2 Dall'informazione all'azione: le schede progetto

“Dimissione facilitata” o “protetta” - un modello di integrazione gestionale e professionale dell'ospedale e del territorio nella Rete di protezione Sanitaria e Sociosanitaria

Breve descrizione dell'intervento realizzato. Per “Dimissione Facilitata” o “protetta” s'intende un percorso assistenziale del paziente da un setting di cura ad un altro (domicilio o struttura residenziale) che si applica ai pazienti “fragili”, prevalentemente (anche se non necessariamente) anziani, in molti casi privi di un valido supporto familiare o sociale, spesso affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza. Per questi pazienti “fragili”, al termine della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di assistenza medica, infermieristica e/o riabilitativa da organizzare in un progetto di cure integrate di durata variabile da erogare al domicilio o in una diversa struttura di degenza. Inoltre può esservi la necessità di assistenza sociale. Le dimissioni facilitate o protette devono essere intese come un sistema di comunicazione e di integrazione tra diversi servizi ed operatori delle strutture Ospedaliere e Territoriali e degli Enti Locali, con il coinvolgimento diretto del MMG e della famiglia dell'assistito, al fine di garantire la continuità di cura.

Nella nostra Azienda è attivo dal 2007 il servizio di UVGO (Unità di Valutazione Geriatrica Ospedaliera). La prima esperienza operativa si è inserita nell' A.O. Universitaria San Martino e si è concretizzata nel Protocollo di collaborazione ospedale - territorio “Programmazione delle dimissioni protette degli anziani fragili a rischio di dimissione difficile” (Delibera ASL 3 “Genovese” n. 1003 del 8 settembre 2007). In seguito tale modalità è stata estesa agli ospedali Galliera, Micone e Villa Scassi. Attualmente, per quanto riguarda i presidi ospedalieri della nostra Azienda, una équipe di UVGO fissa è presente solo presso l'ospedale Villa Scassi. Essa è composta da un geriatra, un assistente sanitario, un infermiere e un OSS e si attiva a seguito della ricezione delle schede di screening, positive, somministrate nei reparti partecipanti alla sperimentazione a tutti i pazienti ≥ 75 anni o alle segnalazioni che pervengono dalle unità di degenza riguardanti pazienti anziani. Anche presso gli ospedali Gallino, San Carlo e Colletta, pur non essendo presente una vera équipe, è presente una funzione di valutazione geriatrica “a domanda”.

Inoltre da alcuni anni nel territorio genovese è in corso la sperimentazione di un modello di Dimissioni protette delle persone “fragili” o non autosufficienti denominato “Codice d'Argento”. Il progetto inizialmente ha interessato le persone ricoverate nell'AOU S. Martino e i residenti dei DSS 12 e 13. Attraverso questa iniziativa ci si propone di sperimentare per la popolazione “fragile” o non autosufficiente un ricorso appropriato e corretto al Pronto Soccorso e all'ospedalizzazione offrendo alternative valide e tempestive in risposta ai bisogni sanitari e sociali: fruizione di assistenza domiciliare gratuita per un mese con assistenti familiari (badanti), se necessarie cure infermieristiche e fisioterapiche a domicilio, accoglimento (per i soli residenti nei DSS 12 e 13) in una struttura a Recco simile del tutto all'ambiente familiare nei casi in cui il rientro al domicilio non sia possibile nell'immediato. Attualmente sta per prendere avvio la sperimentazione del progetto “Meglio a casa”, presso l'Ospedale Villa Scassi, rivolto ai residenti dei DSS 9 e 10.

Il presente progetto intende coordinare fra loro tutte le iniziative intraprese a livello aziendale e finalizzate a garantire un percorso di dimissione protetta a pazienti “fragili” per età, condizioni di salute e condizioni socio-familiari. Esso si propone di:

- attuare una ricognizione dell'esistente, attraverso una cooperazione finalizzata tra POU e territorio
- organizzare percorsi di dimissione protetta per anziani fragili o altri pazienti a rischio di dimissione difficile, ricoverati nei reparti del POU
- contenere i ricoveri impropri e/o ripetuti nei reparti del POU

Beneficiari

Target primario: pazienti fragili con problematiche socio-sanitarie e di difficile dimissione, con particolare riferimento ai pazienti ricoverati nei reparti del POU

Target secondari e moltiplicatori: familiari e care givers, associazioni

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Obiettivi generali: contenere i ricoveri impropri e/o ripetuti nei reparti del POU; creare una stretta interrelazione tra la fase del ricovero ospedaliero e quella della presa in carico di Servizi Territoriali; promuovere le attività integrate tra il personale del POU e quello del territorio (Distretto, Dipartimenti territoriali) e tra il personale sanitario e quello dei Servizi sociali; dare impulso all'attività territoriale elevandone al contempo la complessità; sviluppare cure alternative al ricovero che siano efficienti nell'ambito dell'economia aziendale per meglio orientare le risorse

Obiettivi specifici di processo: costituire un gruppo di lavoro interdisciplinare e intersettoriale per la gestione delle attività inerenti il progetto; coinvolgere attivamente i MMG; realizzare una maggior integrazione sociosanitaria; realizzare una valutazione tempestiva da parte della UVGO dei pazienti anziani ricoverati nei reparti del POU; elaborare una scheda per la valutazione tempestiva del contesto familiare e sociale per tutti i pazienti ricoverati nei reparti del POU e a rischio per dimissioni difficili; rivisitare e aggiornare i PDTA esistenti

Obiettivi specifici di risultato: ridurre il numero di pazienti (ricoverati nei reparti del POU) che vengono dimessi in ritardo rispetto alla data di dimissione prevista.

Servizi aziendali coinvolti: Reparti di degenza del POU, Pronto Soccorso, Distretti sociosanitari, DMPO, S.C. Assistenza Geriatrica, Dipartimento Cure primarie, Direzione Sanitaria aziendale, S.S. Epidemiologia

Partners esterni coinvolti: MMG e servizi sociali

Modalità e strumenti di comunicazione: incontri tra i portatori di interesse, sito aziendale

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE a inizio progetto	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Costituzione e operatività di un gruppo di lavoro per la gestione delle attività inerenti il progetto, comprendente tutti i portatori di interesse dell'Azienda, almeno un rappresentante delle AFT per ogni Distretto sociosanitario e i Direttori sociali dei Distretti sociosanitari		Costituzione del gruppo di lavoro e effettuazione di almeno due riunioni	Riunioni almeno trimestrali	Riunioni almeno trimestrali
Elaborazione e implementazione di una scheda di screening per la valutazione tempestiva del contesto familiare e sociale per tutti i pazienti ricoverati nei reparti del POU e a rischio per dimissioni difficili; elaborazione dei dati ricavabili dalle schede e reportistica		Elaborazione scheda e sperimentazione in pazienti a rischio di dimissioni difficili ricoverati nei reparti del POU	Utilizzo della scheda in almeno il 70% dei pazienti ≥ 75 anni a rischio per dimissioni difficili ricoverati nei reparti del POU; Utilizzo della scheda negli altri pazienti a rischio in una misura che sarà definita nel protocollo di integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali	Utilizzo della scheda in almeno l'80% dei pazienti ≥ 75 anni a rischio per dimissioni difficili ricoverati nei reparti del POU; Utilizzo della scheda negli altri pazienti a rischio in una misura che sarà definita nel protocollo di integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali
Realizzazione tempestiva delle valutazioni da parte della UVGO dei pazienti anziani segnalati dai reparti del POU; elaborazione dei dati ricavabili dalle valutazioni e reportistica		Valutazione tempestiva (cioè entro 48h dalla segnalazione) del 60% dei pazienti ultra 75enni risultati positivi alla scheda di screening per la valutazione del rischio di dimissione difficile ricoverati nei reparti del POU e segnalati alla struttura UVGO	Valutazione tempestiva (cioè entro 48h dalla segnalazione) del 70% dei pazienti ultra 75enni risultati positivi alla scheda di screening per la valutazione del rischio di dimissione difficile ricoverati nei reparti del POU e segnalati alla struttura UVGO	Valutazione tempestiva (cioè entro 48h dalla segnalazione) del 80% dei pazienti ultra 75enni risultati positivi alla scheda di screening per la valutazione del rischio di dimissione difficile ricoverati nei reparti del POU e segnalati alla struttura UVGO
Definizione di protocollo di integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali (MMG, cure domiciliari, ATS) per la presa in carico dei pazienti anziani o comunque "fragili" dimessi dai reparti del POU		Protocollo definito e individuazione degli indicatori	Implementazione protocollo	Implementazione protocollo

Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)		ricognizione formalizzata dell'esistente	1 nuovo PDTA	1 nuovo PDTA
Numero pazienti dimessi in ritardo rispetto alla data di dimissione prevista (percentuale calcolata attraverso il registro gen-dmo-md- registro ricoveri protratti)		compilazione del registro da parte di tutte le strutture coinvolte del POU	Riduzione del numero di pazienti dimessi in ritardo in misura corrispondente a quanto previsto dal protocollo di integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali	Riduzione del numero di pazienti dimessi in ritardo in misura corrispondente a quanto previsto dal protocollo di integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali
N° pazienti seguiti nel progetto "Codice d'Argento"		Almeno 110	Ridefinizione indicatori anche alla luce dei risultati della sperimentazione del progetto "Meglio a casa"	Ridefinizione indicatori anche alla luce dei risultati della sperimentazione del progetto "Meglio a casa"

Responsabili del progetto

Direttore POU

Direttori dei DSS

Assistenza Geriatrica

Direzione Sanitaria

Struttura Semplice di Epidemiologia

Gestione integrata territoriale/distrettuale dei pazienti con scompenso cardiaco (SC)

Breve descrizione dell'intervento realizzato. Lo SC è una patologia ad elevata prevalenza, che colpisce l'1.5-2% della popolazione nel mondo occidentale. Prevalenza e incidenza dello SC aumentano in maniera esponenziale con l'età e i principali determinanti dell'assorbimento di risorse per la sua gestione sono i costi dell'assistenza ospedaliera. Nel territorio della A.S.L. 3 "Genovese" sono presenti, dai dati dello studio epidemiologico ESCO patrocinato dal Comune di Genova, circa 25.000 casi di scompenso cardiaco

Lo studio osservazionale OSCUR, effettuato nella quasi totalità dei reparti cardiologici ed internistici della Liguria allo scopo di valutare l'outcome dei pazienti con SC, ha confermato anche nella nostra regione come la morbilità di questi pazienti sia elevatissima: il 40% dei pazienti arruolati subiva una re-ospedalizzazione entro i 6 mesi successivi, con costi sociali ed economici conseguenti. Come suggerito dai dati Ministeriali è necessario oggi ridurre la spesa contenendo soprattutto l'accesso alle strutture ospedaliere per acuti, ed è necessario creare percorsi assistenziali che prevedano un contenimento delle risorse senza diminuire la qualità dei servizi offerti.

Ad oggi, nella nostra Regione, la **risposta territoriale** al di fuori delle prestazioni per acuti a fronte di questo enorme bisogno sanitario è caratterizzata da esiguità (pochissimi ambulatori dedicati allo SC, mancanza di coordinamento MMG Cardiologi internisti geriatri), e la gestione rimane eminentemente "ospedaliera".

Secondo le recenti Linee Guida dell' American Heart Association/American College of Cardiology lo scompenso può essere classificato in vari stadi che sono

STADIO A Soggetti a rischio senza apparenti anomalie cardiache strutturali

STADIO B Presenza di anomalie cardiache senza sintomi

STADIO C Presenza di anomalie cardiache con storia o sintomi in atto

STADIO D Pazienti con insufficienza cardiaca refrattaria al trattamento standard

Il presente progetto è rivolto soprattutto a pazienti provenienti da reparti del POU con esordio "de novo" di scompenso cardiaco o dimessi a seguito di riacutizzazione e a rischio medio o elevato, cioè pazienti con stadio C-D caratterizzati da elevato grado di comorbidità, significativa riduzione dell'autosufficienza, in molti casi allettati in modo permanente o prevalente, con problemi socio-assistenziali e possibile riduzione delle funzioni cognitive. Per tali pazienti si propone di attivare, a sostegno del MMG e in collaborazione con lo specialista cardiologo di riferimento, una forma di supporto infermieristico distrettuale che prevede:

- follow-up telefonico settimanale da parte di Infermiere Professionale del Distretto volto in particolare su educazione terapeutica, aderenza ai farmaci, agli stili di vita e alla dieta povera di sale, e sui controlli autogestiti dal pz (peso, introito liquidi, PA e FC), monitoraggio attività fisica mediante cammino (eventualmente utilizzando contapassi) o cyclette in minuti
- controllo ogni 15 gg / mensile a da parte dell'IP del distretto, con valutazione diretta del pz e misura dei parametri vitali (sat O₂, traccia elettrocardiografica, misura oggettiva dell'impedenziometria corporea), valutazione attività rinforzo dei messaggi di prevenzione. Educazione del pz e del care-giver
- aspetti educazionali relativi alla malattia (individualmente o per gruppi con ev supporto di psicologo
- l'attivazione delle visite ad accesso prioritario previo contatto con MMG e/o la Cardiologia di Riferimento per gestire complicanze, eventi clinici significativi, con cadenza massima ogni 3 mesi

Beneficiari

Target primario: pazienti con stadio C-D caratterizzati da elevato grado di comorbidità, significativa riduzione dell'autosufficienza

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: MMG, operatori della Asl, familiari

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Riduzione dei ricoveri ripetuti

Miglioramento condizioni di vita

Servizi aziendali coinvolti: Cardiologia, Distretti socio-sanitari, MMG

Partners esterni coinvolti:

Modalità e strumenti di comunicazione:

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Percentuale di pazienti con scopenso stadio C-D seguiti secondo il protocollo del progetto		Almeno 10%	Almeno 20%	Almeno 30%

Responsabile del progetto: Stefano Domenicucci

Gestione integrata territoriale/distrettuale di pazienti con esiti di sindrome coronarica acuta

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Le malattie cardiovascolari costituiscono la più frequente causa di morte nei paesi occidentali.

Nel campo dell'infarto miocardico acuto, l'applicazione di protocolli condivisi per ridurre il ritardo evitabile e per implementare le strategie di rivascularizzazione precoce, iniziate negli anni '80 con gli studi GISSI, ha consentito di ridurre in maniera significativa la mortalità in fase acuta. Tuttavia, la malattia aterosclerotica coronarica non può essere considerata conclusa alla dimissione dall'evento infartuale.

Lo studio BLIZ 4, studio osservazionale dell'associazione medici cardiologi ospedalieri, ha dimostrato che a 1 anno dalla dimissione circa il 20 % dei pazienti viene ricoverato nuovamente.

È stato osservato che la corretta applicazione di provvedimenti farmacologici e non farmacologici di prevenzione secondaria è in grado di migliorare la sopravvivenza a lungo termine e di ridurre i ricoveri ospedalieri.

Secondo le attuali linee guida, dopo un infarto miocardico acuto, gli obiettivi di prevenzione secondaria da perseguire sono:

- Aderenza alle prescrizioni farmacologiche effettuate alla dimissione
- Modifica degli stili di vita
- Mantenimento dei fattori di rischio modificabili sotto il target specifico

Il presente progetto prevede per i pazienti dimessi dai reparti del POU con esiti di sindrome coronarica il seguente percorso assistenziale post-ospedaliero:

- nella lettera di dimissione dovranno essere riportati i target di valori pressori, valori di colesterolo LDL, valori di Hb glicata.
- verranno verbalmente comunicati al paziente gli obiettivi di modificazione stili di vita (regolare attività fisica con almeno 30' di cammino tre o quattro volte alla settimana) peso ideale, regole di alimentazione (consumo regolare di verdura, frutta e pesce, riduzione dell'assunzione di grassi animali) tramite colloquio con il personale infermieristico opportunamente formato
- per i pazienti con residua disfunzione sinistra verranno segnalati gli indicatori prognostici dello scompenso cardiaco, già indicati negli appositi percorsi
- i pazienti dovranno essere sottoposti ad una visita ambulatoriale entro 3-4 settimane dalla dimissione; in tale occasione lo specialista cardiologo dovrà verificare, in assenza di sintomi o segni di instabilizzazione:
 - aderenza alla terapia ed eventuali effetti collaterali dei farmaci
 - aderenza alle prescrizioni non farmacologiche
 - prescrizione degli accertamenti volti a verificare il controllo dei target dei fattori di rischio (in collaborazione con il medico di famiglia)
- a 6 mesi dalla dimissione il paziente verrà rivalutato dallo specialista cardiologo

Beneficiari

Target primario: pazienti con esiti di sindrome coronarica

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: MMG, operatori della Asl, familiari

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Riduzione dei ricoveri ripetuti

Miglioramento condizioni di vita

Servizi aziendali coinvolti: Cardiologia, Distretti socio-sanitari

Partners esterni coinvolti: MMG

Modalità e strumenti di comunicazione:

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Percentuale di pazienti con esiti di sindrome coronarica seguiti secondo il protocollo del progetto		Almeno 10%	Almeno 20%	Almeno 30%

<p>Percentuale di pazienti seguiti che si attengono alle linee guida relative a uso antiaggreganti, beta bloccanti, statine, e che praticano adeguati stili di vita</p>		<p>uso di antiaggreganti (target $\geq 95\%$) <i>Uso dei beta-bloccanti</i> (target ≥ 85) <i>Uso di statine</i> (target > 85) Sospensione del fumo (target $\geq 95\%$) Regolare attività fisica e modifica stili dietetici ($> 65\%$) Raggiungimento dei target dei fattori di rischio ($> 75\%$)</p>	<p>uso di antiaggreganti (target $\geq 95\%$) <i>Uso dei beta-bloccanti</i> (target ≥ 85) <i>Uso di statine</i> (target > 85) Sospensione del fumo (target $\geq 95\%$) Regolare attività fisica e modifica stili dietetici ($> 65\%$) Raggiungimento dei target dei fattori di rischio ($> 75\%$)</p>	<p>uso di antiaggreganti (target $\geq 95\%$) <i>Uso dei beta-bloccanti</i> (target ≥ 85) <i>Uso di statine</i> (target > 85) Sospensione del fumo (target $\geq 95\%$) Regolare attività fisica e modifica stili dietetici ($> 65\%$) Raggiungimento dei target dei fattori di rischio ($> 75\%$)</p>
---	--	---	---	---

Responsabile del progetto: Stefano Domenicucci

Gestione Integrata della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Il percorso è stato prodotto dalla S.C. Cure Primarie e dalla S.C. Pneumologia e condiviso con i Distretti.

Il percorso riporta le indicazioni basate sulle attuali Linee Guida per la diagnosi precoce e la gestione del paziente con BPCO e delle relative complicanze. Nel percorso vengono riportate le modalità di interazione tra MMG e specialisti pneumologi aziendali finalizzate a:

- identificazione dei soggetti a rischio o con sintomi di BPCO, diagnosi e stabilizzazione;
- follow-up e gestione dei pazienti stabilizzati;
- gestione dei pazienti instabili.

Il percorso prevede l'attivazione di canali di comunicazione tra MMG e Specialisti Pneumologi aziendali mediante numeri telefonici ed indirizzi mail dedicati, nonché l'attivazione di agende CUP riservate per un accesso preferenziale alle visite pneumologiche ed alla spirometria.

Beneficiari

Soggetti a rischio di BPCO; pazienti affetti da BPCO.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Diagnosi precoce e gestione integrata del paziente con BPCO, in accordo con le evidenze riportate nelle più recenti linee guida

Servizi aziendali coinvolti: SC Cure Primarie; SC Pneumologia; Distretti; MMG

Partners esterni coinvolti:

Modalità e strumenti di comunicazione: sito aziendale

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Percentuale di soggetti in gestione integrata sul totale dei pazienti BPCO dimessi dai reparti del POU		Almeno 5%	Almeno 10%	Almeno 20%
Proporzione di soggetti in gestione integrata che hanno eseguito almeno una spirometria		Almeno 50%	Almeno 50%	Almeno 50%

Responsabile del progetto

Lorenzo Bistolfi

Prevenzione lesioni da pressione (LDP)

Breve descrizione dell'intervento realizzato Il progetto è finalizzato alla riduzione dell'incidenza LDP a livello di degenze ospedaliere e si realizza attraverso le seguenti azioni:

- rafforzamento della rete "wound care" per la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- educazione terapeutica inclusiva della consegna "Opuscolo Prevenzione LDP" rivolta ai pazienti a rischio e con LDP e/o caregiver;
- monitoraggio del fenomeno attraverso la piattaforma digitale "Osservatorio Lesioni".

Si descrivono brevemente gli interventi già attuati

A livello aziendale:

- elaborazione e implementazione delle procedure aziendali "Prevenzione LDP" e "Trattamento LDP" interventi formativi;
- monitoraggio del fenomeno LDP a livello aziendale attraverso indagini di prevalenza (semestrali) e incidenza (annuale);
- consulenze infermieristiche specialistiche da parte degli operatori del Nucleo Operativo Lesioni Cutanee (NOLC) sia presso i reparti ospedalieri che sul territorio (a domicilio e ambulatori infermieristici); per i servizi territoriali: invio, con corsia preferenziale, di pazienti al NOLC – Centro di Assistenza Vulnologica dove possono disporre della consulenza dei medici specialisti vascolari, diabetologi, ortopedici del piede, podologo e dermatologo

A livello di ospedali ASL:

- costruzione, sul portale "Unità di Gestione del Rischio Clinico", di una piattaforma digitale denominata "Osservatorio lesioni" volta a monitorizzare in tempo reale il fenomeno LDP. Il personale dei reparti ospedalieri è stato addestrato ad inserire i pazienti con lesione e i pazienti a rischio secondo Indice di Braden come da procedura aziendale a partire da Ottobre 2012;
- definizione del valore soglia del 3% di incidenza LDP come obiettivo da mantenere o migliorare per le degenze ospedaliere; questo parametro insieme all'inserimento dei pazienti nell'Osservatorio Lesioni, è stato inserito negli obiettivi di Budget delle singole Unità operative;
- Unificazione delle procedure di approvvigionamento degli ausili antidecubito (materassi) nelle degenze ospedaliere.

A livello di cure domiciliari:

- Monitoraggio del fenomeno attraverso la registrazione delle prestazioni ("*Medicazione LDP 1° e 2° stadio*" – *Medicazione LDP 3° e 4° stadio o multiple*") di tutti gli "accessi" nello "Sportello polifunzionale". Tali dati rappresentano il "flusso dati" che viene estratto da datasiel e inviato al Ministero;
- A gennaio 2013 gli interventi di educazione terapeutica sulla Prevenzione LDP (da sempre effettuati) sono supportati dalla consegna dell'opuscolo "Prevenzione LDP" come raccomandato dalle principali linee guida internazionali;
- A gennaio 2013 avvio nel Distretto 8 di Audit clinici guidati da personale NOLC su analisi e discussione di casi clinici con l'ausilio di documentazione fotografica delle lesioni.

Interventi da attuare 2013-2015

- Estendere al territorio l'utilizzo della piattaforma digitale denominata "Osservatorio Lesioni";
- Estendere agli ospedali l'intervento di educazione terapeutica inclusivo della consegna Opuscolo informativo "Prevenzione LDP";
- Estendere a tutti i distretti e agli ospedali gli audit clinici già avviati nel Distretto 8;
- Dimissione protetta di tutti i pazienti con LDP:
 - Lettera di dimissione come da procedura;
 - Distribuzione della 1° medicazione (analogamente a quanto avviene per la terapia farmacologica) al fine di garantire continuità di cura in attesa della presa in carico da parte dei servizi territoriali. Ciò implica l'addestramento del paziente o caregiver all'esecuzione della medicazione;

A livello di Cure domiciliari: intervento **proattivo** di educazione terapeutica per la "Prevenzione LDP" rivolto alle persone con compromessa mobilità ma senza LDP che richiedono (tramite il MMG) ausili antidecubito pur NON essendo in carico alle cure domiciliari; si tratta (nei sei distretti) di circa 1500-2000 persone anno a cui verranno effettuati 2-3 accessi (a livello prestazionale e/o senza presa in carico).

Beneficiari

Target primario: persone con mobilità compromessa a rischio di LdP e persone con LdP

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: MMG, caregiver formali e informali

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- Prevenire e trattare le LDP come da procedure aziendali basate sulle più aggiornate evidenze scientifiche;
- Ridurre l'incidenza delle LDP nei reparti ospedalieri;
- Effettuare interventi di educazione terapeutica per la prevenzione delle LDP comprensivi di consegna opuscolo informativo al paziente e/o caregiver a livello di ospedali, NOLC e cure domiciliari (sia per pazienti in carico che prestazionali); gli interventi sono rivolti sia a persone che presentano LDP che, in un'ottica proattiva, a persone a rischio e/o con mobilità compromessa;
- Rafforzare l'integrazione ospedale territorio attraverso la dimissione protetta di pazienti con LDP: lettera di dimissione come da procedura e pacchetto 1° medicazione;
- Migliorare le competenze degli operatori attraverso audit clinici guidati dal personale NOLC con l'ausilio di documentazione fotografica delle lesioni.
- Effettuare il monitoraggio delle LdP attraverso la piattaforma digitale "Osservatorio lesioni"

Servizi aziendali coinvolti: NOLC, P.O.U., Servizi Territoriali, SC Formazione e Aggiornamento. Il gruppo di lavoro è composto dai responsabili infermieristici dei distretti e dai coordinatori infermieristici distrettuali e ospedalieri.

Partners esterni coinvolti: MMG, servizi sociali

Modalità e strumenti di comunicazione: procedure aziendali e documentazione allegata, opuscolo "Prevenzione LDP", piattaforma digitale "Osservatorio LDP"

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Tempo medio di presa in carico del paziente dalla assistenza domiciliare	2-3 gg (escluso le gg. festive)	Mantenimento dell'attuale tempo 2-3 gg (escluso le gg. festive)	Mantenimento dell'attuale tempo 2-3 gg (escluso le gg. festive)	Mantenimento dell'attuale tempo 2-3 gg (escluso le gg. festive)
Distribuzione opuscolo prevenzione LdP a pazienti con LDP (ospedale e territorio)	10%	50%	75%	90%
Distribuzione opuscolo prevenzione LdP (intervento proattivo pazienti a rischio di LDP)	Territorio 0%	10%	25%	50%
	Ospedali 0%	50%	75%	90%
Distribuzione pacchetto medicazione in dimissione a pazienti dimessi con LDP	0%	50%	65%	80%
Osservatorio lesioni (implementazione nei servizi di cure domiciliari)	0%	100%	Mantenimento	Mantenimento
Migliorare le competenze degli operatori attraverso audit clinici	Territorio 0%	1 audit ogni 6 mesi	1 audit ogni 6 mesi	1 audit ogni 6 mesi
	Ospedali 0%	1 audit ogni 6 mesi	1 audit ogni 6 mesi	1 audit ogni 6 mesi
Diminuzione Incidenza LdP annua nei reparti di degenze che superano il valore di incidenza del 3%"	Media ASL 1.41% (Range 0.3-3,9)			
	VS Ortopedia: 3,59% VS Medicina 9/1: 3% VS Medicina 9/3: 3,52% VS Medicina 9/4: 2,87% VS Rianimazione: 3,85% G Medicina : 2,83 %	≤0,5% per ogni reparto	≤0,5% per ogni reparto	≤0,5% per ogni reparto

Responsabile del progetto:

Angela Corbella, Marco Marchelli

Le persone in terapia anticoagulante orale (TAO): interventi di educazione terapeutica rivolti al paziente e/o ai familiari

Breve descrizione dell'intervento

Il progetto, attivato dal 2008, prevede l'attuazione da parte del personale infermieristico delle sale prelievi distrettuali, di interventi di educazione terapeutica rivolti al paziente in TAO e ai familiari. Al colloquio individuale e/o alla spiegazione rivolta ad un gruppo di pazienti viene abbinato un opuscolo sul tema, elaborato da tutto il personale infermieristico distrettuale, in collaborazione con i cardiologi ASL e il Dipartimento di patologia clinica durante un corso di aggiornamento obbligatorio svoltosi nel 2007. L'opuscolo è stato successivamente condiviso e approvato dai MMG

Beneficiari

Persone in TAO e familiari che effettuano il prelievo ematico per il monitoraggio del valore INR presso le sale prelievi distrettuali o a domicilio. **Si tratta di una platea molto vasta che aumenta ogni anno; nei sei distretti dall'anno 2008 al 2011 è aumentata del 38%: da 3764 a 6100 persone.** Negli ultimi anni infatti la prescrizione di TAO è aumentata in maniera consistente in quanto alle indicazioni ormai consolidate da decenni, si sono aggiunte nuove indicazioni soprattutto quelle riferite alla prevenzione primaria e secondaria del tromboembolismo. Parallelamente al numero di pazienti è aumentato il volume di attività dei prelievi periodici per il monitoraggio del valore INR: nell'anno 2011 nei sei distretti sono stati effettuati **42.000 prelievi a livello domiciliare** (80% circa di tutti i prelievi domiciliari) e **80.000 prelievi a livello ambulatoriale** (25% di tutti i prelievi ambulatoriali). L'età media dei pazienti a livello ambulatoriale è di 73 anni e a livello domiciliare di 82; trattandosi di una terapia di lunga durata (quasi sempre per tutta la vita) vi è un aumento costante dei prelievi domiciliari parallelo all'aumento dell'età media e al deterioramento funzionale nelle ADL (attività della vita quotidiana) che non consente più alla persona di recarsi nei servizi ambulatoriali.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- Ob. Generale migliorare la capacità del paziente di aderire al progetto terapeutico correlato all'assunzione di farmaci anticoagulanti orali e di essere in grado di affrontare in maniera consapevole variabili e criticità correlate
- Ob. Specifici: migliorare le competenze educative/relazionali degli infermieri distrettuali

Partners coinvolti: MMG, infermieri, Direzione distrettuale, Direzione infermieristica, Dipartimento Patologia Clinica e Medici specialisti cardiologi

Portatori di interesse coinvolti: familiari di pazienti in TAO

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Percentuale di persone in TAO e caregiver raggiunta da interventi di educazione terapeutica individuale e/o di gruppo a livello di sale prelievi distrettuali	80% delle persone in TAO	85%	90%	95%
Percentuale di persone in TAO e caregiver raggiunta da interventi di educazione terapeutica individuale e/o di gruppo a domicilio	60% delle persone in TAO	65%	70%	80%

Responsabili del Progetto:

Roba Isabella, Corbella Angela, Bottari Laura, Di Gaetano Monica, Zambuto Margherita, Rossini Serena, Mossa Paola

*Fornitura di dispositivi (D.M. 332/99) per la Ventilazione Meccanica Domiciliare (V M D)
Istituzione di Registro Aziendale*

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Nella nostra ASL si è formata e consolidata negli anni una realtà terapeutica e di assistenza domiciliare rivolta a pazienti che necessitano di risorse tecnologiche ed assistenziali importanti. Fra i pazienti assistiti si è rivolta l'attenzione sul gruppo affetto da patologie respiratorie croniche per i quali la VMD rappresenta e costituisce una realtà importante di cura.

La prescrizione delle apparecchiature che rendono possibile tale metodica è a carico dei Reparti Ospedalieri Aziendali ed extraaziendali, la ASL interviene per assicurare la fornitura del presidio ventilatorio e la sua manutenzione periodica.

Allo stato attuale pur esistendo le risorse terapeutiche (Ossigenoterapia a lungo termine, Ventiloterapia domiciliare), che se attuate in modo precoce possono controllare e/o ritardare l'evoluzione della IRC, non esiste tuttavia un programma integrato di intervento sul territorio nazionale finalizzato ad assicurare un'efficace gestione dei vari livelli di gravità della patologia; inoltre non sono disponibili dati di incidenza e prevalenza sulla patologia.

E' stato deliberato un Protocollo Tecnico per l'erogazione di ventilatori polmonari domiciliari in pazienti adulti.

E' deliberato l'affidamento del Service di ventiloterapia domiciliare con collegamento via web tra la Direzione S.C. e la Ditta aggiudicataria che permette di monitorare l'andamento delle autorizzazioni di ventilatori ma, soprattutto, il corretto uso come da prescrizione dello specialista.

Da qui la necessità di istituire un Registro Aziendale dei pazienti in ventilazione Meccanica domiciliare (VMD).

Gli strumenti di monitoraggio e comunicazione interna prevedono un programma informatizzato con portale dedicato, dei report relativi agli interventi manutentivi programmati e il monitoraggio della compliance (report informatici e/o interviste telefoniche)

Beneficiari

Target primario: pazienti in ventilazione domiciliare residenti nel territorio ASL 3 Genovese

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: famiglia, ambiente lavorativo, società

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

prevenzione terziaria

miglioramento e/o superamento delle condizioni che limitano la qualità di vita della persona e che ostacolano il suo inserimento nella società

Servizi aziendali coinvolti:

S.C. Integrata Fragilità e Continuità Terapeutica

Specialisti Prescrittori Ospedalieri

Centro del Sonno 2 Livello Ospedale La Colletta Azienda ASL 3 Genovese

Partners esterni coinvolti:

Aziende Ospedaliere Liguri e Ditta fornitrice in appalto ASL 3 Genovese

Modalità e strumenti di comunicazione:

sito aziendale, iniziative della S.S. Relazioni Esterne per far conoscere il progetti del PAP

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Creazione registro aziendale dei pazienti in VMD	Valore di base prima dell'inizio del progetto: numero utenti in VMD	Creazione registro aziendale dei pazienti in VMD in base all'utilizzo effettivo delle apparecchiature in uso.	Aggiornamento registro	Aggiornamento registro

Responsabile del progetto

Daniela Dall'Agata

Prevenzione e presa in carico della Sindrome delle Apnee Notturne

Per la scheda vedi capitolo 9: Prevenzione degli incidenti stradali e domestici e prevenzione dei rischi negli ambienti di vita

<i>La Prevenzione delle complicanze infettive in dialisi peritoneale</i>				
Breve descrizione dell'intervento realizzato Pianificazione del training dello staff infermieristico, l'adeguata motivazione dello stesso attraverso percorsi didattici e il raggiungimento di un corretto livello di comunicazioni				
Beneficiari Target primario: lo staff infermieristico dell'ambulatorio di dialisi peritoneale Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva				
Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti Riduzione delle peritoniti annue con riduzione dell'ospedalizzazione dei pazienti in trattamento dialitico				
Servizi aziendali coinvolti: Ambulatorio di dialisi peritoneale				
Partners esterni coinvolti				
Modalità e strumenti di comunicazione: somministrazione semestrale di questionari, stima ricoveri avvenuti per peritonite				
INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Incidenza numero peritonite a paziente	1 peritonite ogni 15 mesi	≤ 1 peritonite ogni 15 mesi	≤ 1 peritonite ogni 15 mesi	≤ 1 peritonite ogni 15 mesi

Responsabile del progetto

Sacco Paolo Responsabile Dialisi La Colletta Arezano

Mariangela Poletti Coordinatrice Dialisi La Colletta Arezano

Prevenzione cadute a domicilio: elaborazione di un opuscolo informativo rivolto alle persone a rischio di cadute e ai familiari e caregiver afferenti ai servizi distrettuali e ospedalieri

Razionale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) "Le cadute e i danni ad esse correlati sono una **problematica prioritaria** per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido accrescersi dell'aspettativa di vita. Circa il 30% delle persone sopra i 65 anni cade ogni anno, e per le persone sopra ai 75 anni i tassi sono più elevati. Tra il 20% e il 30% di coloro che cadono subiscono danni che riducono la mobilità e l'indipendenza e aumentano il rischio di morte prematura. I tassi di cadute negli anziani residenti in istituzioni sono più alti di quelli registrati a livello di comunità. **Nelle persone anziane circa il 95% delle fratture del femore sono causate dalle cadute.** Tra le persone che cadono riportando la frattura del femore **circa la metà non riprendono più il cammino e il 20% muore entro 6 mesi**"³⁹ "Le cadute possono determinare nei pazienti: paura di cadere di nuovo, perdita di sicurezza, ansia, depressione, fattori che possono condurre a diminuzione dell'autonomia, aumento della disabilità e, in generale, ad una riduzione anche molto significativa della qualità di vita. Oltre ai danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in contesto di ricovero comportano un aumento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione, con un incremento dei costi sanitari e sociali"⁴⁰. Con riferimento alla paura di cadere occorre considerare che "Fino a poco tempo fa la **paura di cadere** era considerata una conseguenza legata al dramma psicologico derivante da precedenti cadute. **Oggi la ricerca mostra che la paura di cadere riguarda anche gli anziani che non sono caduti** e gli studiosi ritengono che sia legata a diversi fattori fisici, psicologici e funzionali che accompagnano l'età avanzata. Pertanto la paura connessa al cadere è un importante elemento da considerare, riconoscere, misurare, quando si conduca la valutazione di soggetti anziani e si programmino interventi preventivi"⁴¹. Le linee guida citate sottolineano l'importanza dell'informazione e counselling nella prevenzione delle cadute.

Informazione e counselling: "l'informazione previene o riduce le cadute: alcuni studi fanno riferimento a interventi cognitivo-comportamentali su anziani residenti presso il proprio domicilio e dei quali non si conosce lo stato di rischio. Questi interventi si articolano nella valutazione retrospettiva del rischio, nel counselling e in un'adeguata educazione individuale finalizzata a ridurre la paura di cadere, a informare su come comportarsi in caso di caduta e ad accrescere l'autostima del paziente. **Raccomandazione I/A tramite il personale sanitario che si occupa di cadute è importante supportare gli anziani con informazioni sia verbali sia scritte relative alle cadute.** In particolare su questi argomenti:

- quali misure adottare per prevenire le cadute e come prevenirle con l'esercizio;
- quali sono i benefici fisici e psicologici che possono derivare dalla prevenzione dei rischi di caduta;
- come comportarsi in seguito a una caduta;
- dove trovare consigli e assistenza"⁴².

Interventi già attuati dai servizi di cure domiciliari: i servizi di cure domiciliari sono certificati ISO. Nella cartella multidisciplinare sono già in uso: il modulo "Valutazione dei rischi di caduta nell'ambiente domestico"; la scala di Tinetti per la valutazione dell'equilibrio e dell'andatura e il Timed Up and Go Test. Va rilevato che la scala di Tinetti insieme al Test Up&Go è uno degli strumenti di valutazione del rischio indicati dalla Raccomandazione del Ministero sopra citata.

Interventi da attuare 2013-2014: Si procederà a i) costituzione di un gruppo di lavoro ii) studio approfondito dell'argomento e raccolta di materiale educativo già esistente iii) stesura di una prima bozza di opuscolo informativo iv) condivisione della bozza con i MMG, servizi sociali, ecc v) stesura definitiva e stampa vi) distribuzione del materiale

Beneficiari

Target primario: persone a rischio di caduta al domicilio, persone dimesse dagli ospedali a rischio di caduta e persone cadute in ospedale

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: caregiver formali e informali

Obiettivi di salute

- ✚ Ridurre il rischio di cadute in ambiente domestico
- ✚ Migliorare le conoscenze e le competenze della persona e del caregiver sulla prevenzione dei rischi in ambiente domestico

Servizi aziendali coinvolti: Servizi territoriali ed ospedalieri aziendali

Partners esterni coinvolti: MMG, servizi sociali, associazioni presenti sul territorio

Modalità e strumenti di comunicazione:

³⁹ WHO - World Health Organization Europe. *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* Geneve: WHO. 2004

⁴⁰ Ministero della Salute "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" – Dicembre 2011

⁴¹ Ministero della Salute – Programma Nazionale per le linee guida (PNLG) "Prevenzione cadute da incidente domestico" - 2007 - aggiornata 2009

⁴² Ministero della Salute – PNLG "Prevenzione cadute da incidente domestico" - 2007 - aggiornata 2009

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 30/06/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014
Costituzione del gruppo di lavoro. Studio approfondito dell'argomento e raccolta di materiale educativo già esistente	0%	100%		
Stesura di una bozza provvisoria	0%		100%	
Condivisione della stessa e stesura definitiva	0%			100%

Responsabile del progetto:

Corbella Angela Responsabile Infermieristica Distretto 8

Di Gaetano Monica Responsabile Infermieristico Distretto 10

Giacobbe Sara Responsabile infermieristico Settore Procedure Presidio Ospedaliero Unico

Prevenzione della malnutrizione per eccesso e per difetto in pazienti affetti da malattie croniche, a rischio di complicanze, già in carico alle strutture aziendali dell'ASL 3 Genovese (ospedaliere e territoriali)

Breve descrizione dell'intervento realizzato Il progetto si propone di promuovere un percorso dietoterapico mirato rivolto ai pazienti in carico alle diverse strutture specialistiche aziendali che presentino malnutrizione per eccesso o per difetto; condizioni nelle quali il miglioramento del peso e dell'alimentazione potrebbe migliorare la patologia di base (malattie cardiovascolari, metaboliche, osteoarticolari, neoplastiche, disabilità fisiche o mentali, ecc), il difficile rapporto con il cibo (es. età adolescenziale) o più semplicemente la malnutrizione dell'anziano fragile.

In ambito psichiatrico l'intervento è rivolto ai pazienti sovrappeso/obesi spesso portatori di comorbidità metabolica o cardiovascolare, il cui trattamento con psicofarmaci determina aumento del senso di fame, rapido ingrassamento e, soprattutto nelle donne, interruzione del trattamento farmacologico. Nell'ambito delle comorbidità e delle patologie cronico-degenerative, spesso associate a disfagia, la dietoterapia assume una valenza terapeutica nel garantire nutrizione e idratazione in assoluta sicurezza

Beneficiari

Target primario: Pazienti affetti da malnutrizione per eccesso o per difetto in carico alle diverse strutture mediche o chirurgiche dell'Asl 3 genovese; popolazione afferente a reti associative regionali (Liguria Parkinson); operatori professionali impegnati nell'assistenza ambulatoriale-territoriale

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: famigliari e care-givers dei pazienti, operatori sanitari, badanti, associazioni di pazienti

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Miglioramento dello stato nutrizionale del paziente portatore di comorbidità

Servizi aziendali coinvolti:

- **Dietologia e Nutrizione Clinica Ospedale Colletta:** Obesità resistente/refrattaria ai comuni trattamenti dietetici . Sede dell'intervento: H Colletta

- **Servizio di Salute Mentale Voltri:** pazienti sovrappeso/obesi in terapia con psicofarmaci. Sede dell'intervento: SSM Via Lemerle Voltri

- **Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)** pazienti sovrappeso/obesi. Sede dell'intervento: SPDC Ospedale A. Micone Sestri Ponente

- **Dipartimento di Cardiologia:**

1) pazienti affetti da cardiopatia nota e/o affetti da squilibri metabolici ad alto rischio di eventi cardiovascolari o scompensi metabolico/funzionali. Sede di intervento: UTIC Ospedale Sestri Ponente

2) Formazione ECM per Infermieri impegnati nella gestione ambulatoriale del paziente con insufficienza cardiaca (n. 320 operatori formati nel 2012) Referente: Dott.ssa A.M. Municinò. Sede di intervento: U.O. Formazione Asl 3 Via Maggio.

- **“Cronic Care Model”.** Referente Dott. P.Mosca: malnutrizione nelle comorbidità croniche. Sede di intervento: Palazzo della Salute Fiumara

-**S.C. Riabilitazione e Recupero Funzionale (RRF).** Referente Dott.ssa M.Simonini: malnutrizione nel Parkinson con o senza disfagia. Sede di intervento: SC RRF e SS Dietologia e Nutrizione Clinica Ospedale La Colletta.

- **S.C.Integrata Fragilità e Continuità Terapeutica Asl 3-** Referente: Distretto SS 8 Ass.Sanit. F. Mercorella: Pz. Sovrappeso/obesi portatori di disabilità ospiti di Strutture semiresidenziali. Sede di intervento: Centro Diurno Pegli (progetto temporaneo a cicli)

-**Ambulatori Specialistici del Distretto S.S. 8:** Palazzo della Salute Fiumara, Poliambulatorio Via Soliman (ex manifatture tabacchi)

Partners esterni coinvolti: MMG

Modalità e strumenti di comunicazione: Incontri educazionali di gruppo (gruppi omogenei per patologia) a contenuto predefinito, variabili nel numero (da un solo incontro a un ciclo di 8 incontri), nella frequenza (ogni 15-30-60-90 o più giorni) secondo modalità concordate con la Struttura Specialistica inviante.

Visite individuali per i pazienti che necessitano di percorso dietoterapico personalizzato

Slides. Brochure informative per il paziente e la famiglia.

Organizzazione di conferenze rivolte ai paziente e ai care givers in collaborazione con l'Associazione Parkinson

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero pazienti reclutati nel progetto	0	30	30	30

Percentuale dei paziente che hanno migliorato il peso o l'apporto alimentare (nel caso di paziente non pesabile)	0	10%	20%	30%
--	---	-----	-----	-----

Responsabile del progetto: Cinzia Salani SS di Dietologia e Nutrizione Clinica- Ospedale La Colletta Arenzano

Trattamento riabilitativo respiratorio per malati bronchiectasici

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Trattamento fisiokinesiterapico rivolto a pazienti diagnosticati al fine di ridurre il numero e la gravità delle riacutizzazioni di patologia, che in assenza di trattamento FKT sono molto frequenti.

Beneficiari

Pazienti bronchiectasici noti , pazienti di nuova diagnosi

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Riduzione riacutizzazioni, stabilizzazione della patologia dal punto di vista clinico e funzionale, miglioramento qualità della vita

Servizi aziendali coinvolti:

ambulatori territoriali ed ospedalieri della SC Fisiatria e Riabilitazione (terapisti dedicati alla riabilitazione respiratoria); MMG

Partners esterni coinvolti:**Modalità e strumenti di comunicazione:**

numero telefonico dedicato, accesso agende dedicate

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero pazienti sottoposti a trattamento riabilitativo respiratorio	30	40	50	Mantenimento
Episodi di riacutizzazione nel paziente di nuova diagnosi	> 60%	40% nei sottoposti a FKT	mantenimento	mantenimento
Ospedalizzazione calcolata anche su nuove diagnosi	25%	Riduzione del 50%	mantenimento	mantenimento
Riduzione consumo farmaci	Costo singola riacutizzazione in paziente nuova diagnosi circa 400 euro per farmaci + ossigenoterapia se IR (10 %) pazienti	Riduzione del 30%	mantenimento	mantenimento

Responsabile del progetto

Serra Maria

Prevenzione dell'osteoporosi e delle cadute nella persona anziana

Il progetto si propone di delineare un sistema di interventi sulla prevenzione delle fratture di femore nell'anziano. Tali interventi sono collegati tra loro e inseriti a loro volta in un sovrasisistema che è quello degli interventi di prevenzione della popolazione a rischio (nel caso specifico per ciò che riguarda le malattie osteoarticolari). Alcuni studi hanno dimostrato che una percentuale compresa tra il 40% ed il 100% degli anziani (prevalentemente donne) presentano una carenza di Vit D. L'80% degli anziani che presentano una frattura di femore hanno bassi livelli di Vit D e meno del 5% hanno livelli di Vit D considerati ottimali per la prevenzione delle fratture.

Incidenza delle fratture di femore: donne: 27,8/10.000 persone per anno; uomini: 17,1/10.000 persone per anno. Nella ASL3 nell'anno 2009 il numero di ricoveri per fratture di femore è stato di 1500 pazienti con un costo diretto unitario per il SSN calcolato in 13.740 € con un costo complessivo di 20.610.000 €. Valori soglia di Vit D3 compresi tra 50 e 75 nmol/L sono protettivi nei confronti della frattura di femore.

Si propongono 2 linee di intervento:

1. Prevenzione dell'insufficienza della vitamina D nei soggetti ultra 60enni attraverso supplementazione, ad esclusione dei soggetti in cui sussiste controindicazione (es nell'iperparatiroidismo primitivo, e granulomatosi)
2. Prevenzione delle cadute degli anziani mediante individuazione dei soggetti a rischio di caduta (assessment a livello ambulatoriale), educazione (a più livelli che implica la necessità di "formare i formatori") ed intervento sui fattori rischio modificabili (farmacologici, ambientali, relativi ad abitudini di vita quali alimentazione/ attività fisica/ consumo di alcool)

Beneficiari

Target primario: popolazione anziana prevalentemente di sesso femminile

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: operatori sanitari, operatori sociali e MMG

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Migliorare l'apporto di vitamina D negli ultra60enni per prevenire l'osteoporosi e ridurre il rischio di fratture conseguente

Migliorare le abitudini comportamentali della popolazione per ridurre l'entità dei fattori rischio modificabili

Sviluppare competenze nella popolazione a rischio affinché assuma comportamenti idonei a ridurre il rischio di cadute

Servizi aziendali coinvolti: Dipartimento delle cure primarie ed attività distrettuali, SC Formazione ed Aggiornamento, Ospedali, Struttura di Epidemiologia

Partners esterni coinvolti: Associazioni di volontariato, MMG, ARS, Ordine dei Medici e dei Farmacisti

Modalità e strumenti di comunicazione:

- Formazione agli operatori sanitari e sociali, MMG, soggetti ultra 60enni e famiglie;
- Incontri di sensibilizzazione rivolti alla popolazione;
- Produzione di materiale informativo;
- Accordi con associazioni di categoria, ordine dei medici;
- Definizione di protocolli valutativi aziendali da adottare all'interno degli ambulatori rivolti all'assessment geriatrico, adozione di protocolli di intervento che prevedano la supplementazione vitaminica agli ultra 60enni, l'assessment ambientale, la proposta motoria (AFA, gruppi di cammino?), la consulenza nutrizionale, l'attivazione di percorsi predefiniti di approfondimento della valutazione clinica (neurologica, cardiologica, vascolare, endocrinologica, etc) e di assistenza (es attivazione cure domiciliari, corsi di educazione rivolti ai caregiver)

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
N° corsi di formazione e di sensibilizzazione sul tema, incontri		Almeno 1 corso per il personale addetto agli anziani	Realizzazione FAD per operatori addetti agli anziani	Mantenimento FAD
N° partecipanti ai corsi / incontri		Almeno 30		
Incontri con i MMG dei DSS			Almeno 1 incontro in un DSS	Mantenimento
Soggetti ultra60enni che assumono vit D/n° soggetti ultra 60 enni		Calcolato in base al datawarehouse	Calcolato 2013+3%	Mantenimento
Realizzazione di materiale informativo			Realizzazione di opuscoli, locandine e articoli per stampa locale	Distribuzione di opuscoli, locandine e pubblicazione su stampa locale (giornale farmacie)

Responsabile del progetto

Lorenzo Sampietro

Attività Fisica Adattata (AFA)

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Programma di esercizio fisico non sanitario svolto in gruppo per cittadini con bassa o alta disabilità causata da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate, finalizzato alla modifica degli stili di vita per la prevenzione secondaria e/o terziaria

Beneficiari

Target primario persone con bassa o alta disabilità, preferibilmente over 64 anni.

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva MMG, operatori ASL, titolari palestre o centri sportivi, Ambiti Territoriali Sociali, Facoltà Scienze Motorie

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

· Ob. Generali: promuovere il benessere in persone con disabilità, contrastare determinismo della cronicità, combattere ipomobilità, favorire socializzazione

· Ob. Specifici di processo: realizzazione di almeno un corso per Distretto nell'anno 2012

Ob. Specifici di outcome: alzare livello capacità motoria nelle persone disabili

Servizi aziendali coinvolti: distretti socio sanitari, s.c. riabilitazione, dipartimento igiene (N. O. Epidemiologia), s.c. assistenza geriatrica, medici specialisti sumai, servizio comunicazione asl 3

Partners esterni coinvolti: MMG, Associazioni, Municipi, Ambiti territoriali Sociali, Direttori Sociali di Distretto, Distretti sanitari ASL 3, auser, fondazione carige, regione Liguria, 3° settore, coni (enti promozionali/ federazioni) Università di Genova (Scienze Motorie)

Modalità e strumenti di comunicazione:

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Attivazione corsi	Almeno 1 corso per Distretto (n° 6 corsi)	n° 2 corsi per ogni distretto (12 corsi afa)	n° 2 corsi per ogni distretto (12 corsi afa)	n° 2 corsi per ogni distretto (12 corsi afa)
frequenza / partecipazione corsi	50% frequenza corsi (numero giornate)	50% frequenza corsi (numero giornate)	50% frequenza corsi (numero giornate)	50% frequenza corsi (numero giornate)
dimensione dolore	decremento o stabilità dolore (nrs scala numerica)	decremento o stabilità dolore (nrs scala numerica)	decremento o stabilità dolore (nrs scala numerica)	decremento o stabilità dolore (nrs scala numerica)
dimensione motoria	stabilità o miglioramento (sppb- sit-to stand)	stabilità o miglioramento (sppb- sit-to stand)	stabilità o miglioramento (sppb- sit-to stand)	stabilità o miglioramento (sppb- sit-to stand)
Questionario internazionale attività fisica	0	Somministrazione ipaq 50% frequentatori	Somministrazione ipaq 50% frequentatori	Somministrazione ipaq 50% frequentatori

Responsabili del progetto:

Minetti Loredana

Enrico Betti

Claudio Culotta

Lorenzo Sampietro

Valeria Messina (MMG)

Lia Tasso (coordinatore fisioterapisti)

Maria Neri (Direttore Sociale Comune di Genova)

Prevenzione del decadimento funzionale cronico nei soggetti con Malattia di Parkinson

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Presenza in carico di tutti i fattori direttamente connessi con l'evoluzione della malattia o complicanze della stessa attraverso una diagnosi precoce e la presa in carico globale dei pazienti nelle aree sensitive motoria, cognitiva, della stabilità internistica, delle funzioni vitali di base

Beneficiari

Target primario: popolazione con Malattia di Parkinson afferente all'ambito genovese della rete "Liguria Parkinson".
Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: familiari e care-givers dei pazienti, medici di medicina generale, associazioni di pazienti, operatori sociali, badanti

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Accompagnare la storia naturale della malattia prevenendo gli aspetti di danno secondario che possono accelerare la perdita di funzione del paziente.

Avvicinare la curva di peggioramento funzionale del soggetto con Malattia di Parkinson a quella tipica della storia naturale della malattia stessa, pur trattata con farmaci specifici, prevenendo conseguenze "catastrofiche delle complicanze generali".

Prevenzione di ricoveri per acuzie in complicanze connesse a sintomi motori e non motori della Malattia di Parkinson.

Formazione dei care-givers all'individuazione dei segni precoci di complicanza.

Conclusione di un progetto di tele monitoraggio domiciliare.

Servizi aziendali coinvolti:

Struttura Complessa Recupero e Rieducazione Funzionale P.O. Unico aziendale attraverso: DH, Struttura Semplice di Analisi Biomeccanica, Strutture Semplici di Riabilitazione Territoriale (Poli territoriali).

Struttura Semplice di Pneumologia Riabilitativa Osp La e Colletta (Amb per i Disturbi del sonno e Amb di Funzionalità Respiratoria)

Struttura Semplice di Dietologia e Nutrizione Clinica Osp.La Colletta (Resp. Dott.ssa C. Salani)

Partners esterni coinvolti:

Fondazione Maugeri – ISPRI per ASL3 Genovese.

Altri partecipanti alla Rete Regionale di Riabilitazione della Malattia di Parkinson (Rete Li-Pa).

Modalità e strumenti di comunicazione: Produzione di una brochure informativa per la popolazione e per i medici di famiglia. Pubblicazione di informazioni sul sito aziendale. Incontri con i MMG in collaborazione con i Distretti.

Organizzazione di conferenze rivolte ai pazienti e ai care givers, in collaborazione con l'Associazione Parkinson

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di pazienti seguiti dalla rete Ambito Asl 3	Circa 150	Incremento di almeno il 10% del numero dei pazienti coperti dalla rete	Mantenimento della copertura e valutazione fattibilità per eventuale ampliamento	Mantenimento della copertura e valutazione fattibilità per eventuale ampliamento
Percentuale dei pazienti i cui eventi acuti vengono seguiti all'interno della rete. Gruppo 1: pz con storia di malattia lunga con necessità di frequenti modifiche terapeutiche, disabilità evidente ma con autonomia poco ridotta nelle ADL, iniziale complicanza internistica ma controllata da farmaci e/o accorgimenti.		≥80% degli eventi acuti vengono gestiti all'interno della rete	≥80% degli eventi acuti vengono gestiti all'interno della rete	≥80% degli eventi acuti vengono gestiti all'interno della rete.
Percentuale dei pazienti i cui eventi acuti vengono seguiti all'interno della rete. Gruppo 2 pz con scarsa risposta ai farmaci o necessità di risorse		≥70% degli eventi acuti vengono gestiti all'interno della rete	≥70% degli eventi acuti vengono gestiti all'interno della rete	≥70% degli eventi acuti vengono gestiti all'interno della rete

terapeutiche maggiori (DBS, Infusione apomorfina, Duodopa), importante disabilità con necessità di assistenza permanente, complicanze internistiche che aggravano il quadro clinico e/o necessitano di importanti provvedimenti (PEG).				
--	--	--	--	--

Responsabile del progetto

Marina Simonini SC RRF Osp La Colletta SS Diagnostica Biomeccanica-DH

Prevenzione dei disturbi comportamentali nella persona affetta da Morbo di Alzheimer e prevenzione del distress del caregiver

Il progetto si propone di delineare un sistema di interventi per la prevenzione dei disturbi comportamentali nella persona affetta da morbo di Alzheimer (agitazione, depressione, wandering, sono tra i più frequenti e stressogeni per chi assiste) che nell'80% dei casi sono seguiti a casa dalla famiglia e per la prevenzione del distress del caregiver da eccessivo carico assistenziale (burden). Tali interventi sono collegati tra loro e inseriti a loro volta in un sovrasisistema che è quello degli interventi di prevenzione nella popolazione a rischio (nel caso specifico per ciò che riguarda le malattie neurologiche). In ASL3 le Unità Valutazione Alzheimer (UVA) seguirebbero circa 15000 anziani l'anno, con una prevalenza che in base ai vari studi varia tra il 5 ed il 6,5% ed un drop out delle UVA che raggiunge il 44%. Si tratta di anziani che perdono il contatto con gli ambulatori per varie difficoltà (disabilità crescente, aggressività etc).

Come suggerisce il Piano nazionale della prevenzione (PNP) sarebbe auspicabile che i percorsi assistenziali, definibili come piani multidisciplinari e interprofessionali, consentissero il coordinamento delle attività dei diversi servizi dedicati (UVA, centri diurni, assistenza domiciliare integrata, RSA, degenze ordinarie e DH, assistenza sanitaria di primo livello, strutture di riabilitazione) ed il forte coinvolgimento dei diversi operatori socio-sanitari, dei Medici di Medicina Generale nonché dei familiari e di tutti i caregivers informali. Il nodo di raccordo può essere rappresentato da una UVA Territoriale che recuperi i pazienti persi dalle UVA Ambulatoriali e agisca prevenendo l'aggravarsi del disturbo comportamentale e dei conseguenti ricoveri ospedalieri inappropriati.

Il presente progetto si propone 2 linee di azione:

3. Realizzazione di un centro per i disturbi cognitivi dell'anziano in rete con gli altri centri UVA, la medicina di base, i servizi sociali, il volontariato, l'Università, in grado di realizzare:

- a. filtro ambulatoriale diagnostico di I° livello
- b. consulenza e supporto al caregiver
- c. attività UVA domiciliare in coordinamento con i nodi della Rete per la Fragilità per prevenire i ricoveri ospedalieri per disturbo comportamentale
- d. funzione didattica e formativa a carattere continuativo, mediante la programmazione di corsi per familiari dei pazienti (corsi caregiver), per badanti, per il personale delle RSA e CD, per i medici di Medicina Generale per il personale sanitario e sociale per l'approccio al disturbo comportamentale

4. Fornire un contributo alla definizione di criteri unificati per la valutazione della persona per la concessione dell'invalidità civile:

- a. Incontri con la SC Medicina Legale per la definizione di un protocollo di valutazione che utilizzi scale di valutazione e criteri condivisi per la prevenzione degli incidenti stradali causati da soggetti affetti da Demenza

Beneficiari

Target primario: popolazione anziana con disturbi cognitivi, famiglie, operatori sanitari, operatori sociali e MMG;
Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: operatori sanitari, operatori sociali e MMG

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Migliorare la presa in carico dei soggetti con demenza costituendo punti di riferimento per la gestione dei disturbi comportamentali

Sviluppare competenze nei caregiver formali ed informali per migliorare l'assistenza della persona con demenza

Prevenire il distress del caregiver dovuto a carico assistenziale fornendo consulenza e supporto

Definire di criteri di valutazione uniformi e condivisi a livello ASL3 nelle commissioni per la concessione dell'Invalidità civile

Servizi aziendali coinvolti: Dipartimento delle cure primarie ed attività distrettuali, Medicina Legale, SC Formazione ed Aggiornamento, Ospedali, Struttura Epidemiologia.

Partners esterni coinvolti: Associazioni di volontariato, MMG, Università, UVA

Modalità e strumenti di comunicazione:

- Formazione agli operatori sanitari e sociali, MMG, caregiver formali ed informali;
 - Incontri di sensibilizzazione rivolti alla popolazione;
 - Produzione di materiale informativo;
 - Definizione di procedure condivise a livello interstrutturale;
- Definizione di protocolli valutativi aziendali da adottare all'interno degli ambulatori rivolti all'assessment geriatrico per la valutazione della demenza e del suo impatto sull'autosufficienza

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Realizzazione di un centro per i disturbi cognitivi dell'anziano con le caratteristiche descritte nel progetto	Non presente	Pianificazione per la realizzazione del centro	Pianificazione per la realizzazione del centro	Realizzazione del centro con funzione di filtro di primo livello ed attivazione UVA domiciliare

N° pazienti presi in carico dal centro				Almeno 200
N° corsi di formazione e di sensibilizzazione sul tema, incontri	Non presente	Almeno un corso rivolto agli operatori ed un corso rivolto ai caregiver	Almeno due corsi rivolti agli operatori e 3 corsi rivolti ai caregiver	Mantenimento
N° partecipanti ai corsi / incontri		30 operatori e 10 caregiver	30 operatori e 30 caregiver	Proposta di modelli assistenziali
Realizzazione di materiale informativo			Realizzazione di un opuscolo per la popolazione	Distribuzione dell'opuscolo nell'ambulatorio

Responsabile del progetto
Lorenzo Sampietro

Ci prendiamo a cuore: rete per prevenzione e cura dell'insufficienza cardiaca nel DSS 10

Breve descrizione dell'intervento realizzato Ottimizzare la gestione ambulatoriale del paziente con IC e la continuità delle cure dopo la dimissione attraverso la costruzione di una rete di operatori e servizi che si propongono di migliorare l'aderenza del paziente al controllo delle proprie condizioni di salute cardiovascolare. Ma anche promuovere uno stile di lavoro integrato e interdisciplinare tra servizi ospedalieri e territoriali, attraverso la costruzione di una "rete" che agisca in modo collegato, coordinato e sinergico.

- a) **collegato** perché tutti i professionisti che hanno in carico un paziente avranno notizia degli interventi degli altri colleghi;
- b) **coordinato** perché gli interventi sono programmati in modo collegiale;
- c) **sinergico** perché il risultato finale avrà una ricaduta decisamente più efficace rispetto agli stessi interventi realizzati in modo "scollegato".

Ogni paziente arruolato nella rete verrà dotato di una cartella condivisa dove sarà possibile accedere, oltre ai cardiologi, anche al M.M.G. che ha in carico il paziente ed agli infermieri degli Ambulatori Infermieristici e delle Cure Domiciliari (lo stesso accadrà anche ad ogni nuovo paziente). Ogni intervento effettuato da qualunque professionista della rete verrà registrato in cartella e sarà, quindi, a conoscenza degli altri coterapeuti che potranno anche utilizzare i telefoni e le mail per comunicare tra loro.

I pazienti continueranno a rivolgersi all'Ambulatorio Cardiologico per le visite specialistiche ma potranno anche accedere all'Ambulatorio Infermieristico più vicino alla loro abitazione per il controllo dei valori pressori, della frequenza cardiaca e del peso

Nel D.S.S. 10 attualmente sono seguiti dal Reparto/UTIC di Cardiologia dell'Ospedale Gallino, dagli specialisti ambulatoriali e dai MMG molti pazienti con Insufficienza cardiaca in stadio "B". Si tratta di soggetti che non hanno ancora sviluppato una sintomatologia conclamata a cui, attraverso la valutazione e il monitoraggio, si potrebbe evitare il possibile aggravamento della loro patologia.

Per ottimizzare il programma di cura si rende necessaria la realizzazione di una cartella informatica a cui avranno accesso tutti i professionisti componenti la "rete". Si è costituito un gruppo di monitoraggio (cardiologi, MMG, Distretto) che lavorerà alla messa in opera della cartella condivisa.

Beneficiari

Target primario Pazienti con insufficienza cardiaca in stadio B

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti Seguire i pazienti con insufficienza cardiaca in stadio B all'interno di una rete costituita da Cardiologi del Gallino, MM.MM.GG., Infermieri del Distretto S.S. 10

Servizi aziendali coinvolti: Cardiologi del Gallino, MM.MM.GG., Infermieri del Distretto S.S. 10

Partners esterni coinvolti:

Modalità e strumenti di comunicazione:

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di pazienti seguiti all'interno della "rete" con cartella condivisa/pazienti seguiti con gli strumenti tradizionali	Costituzione del gruppo di monitoraggio e predisposizione della cartella condivisa	Almeno 25 pazienti saranno seguiti nella "rete" con la cartella condivisa	Almeno 50 pazienti saranno seguiti nella "rete" con la cartella condivisa	Almeno 75 pazienti saranno seguiti nella "rete" con la cartella condivisa

Responsabile del progetto

Piero Iozzia

Gruppo di Auto Mutuo Aiuto per famigliari di pazienti psichiatrici

Breve descrizione dell'intervento realizzato: Incontri settimanali di gruppo della durata di 1 ora e 1/2. Attraverso il confronto delle esperienze ciascuno apprende modalità e strumenti per intervenire nel proprio contesto. Il gruppo di AMA si fonda sull'idea che ciascun partecipante al gruppo è portatore di sofferenza e problemi, ma anche di risorse e abilità esperienziali. Uno degli aspetti più importanti è l'apprendimento ed il riconoscimento dei primi segnali di crisi così da poter intervenire prima che la crisi evolva e determini conseguenze pesanti per il paziente e per la famiglia stessa (TSO). L'auto mutuo aiuto è dato dall'insieme di "tutte le misure adottate da non professionisti per promuovere, mantenere o recuperare la salute - intesa come completo benessere fisico, psicologico e sociale - di una determinata comunità" O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità). L'O.M.S. lo annovera tra gli strumenti di maggior interesse per ridare ai cittadini responsabilità e protagonismo, per umanizzare l'assistenza socio-sanitaria, per migliorare il benessere della comunità. Nell'ambito della Salute Mentale, in rapporto ai familiari dei pazienti psichiatrici può rappresentare uno strumento efficace per formare e supportare i caregivers naturali. Gli operatori coinvolti con funzione di facilitatori della comunicazione all'interno del gruppo sono 2: uno psicologo ed una terapeuta della riabilitazione psichiatrica.

Beneficiari

Target primario : i famigliari

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : gli operatori del CSM e altri operatori sanitari o sociali che assistono i pazienti;

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Aumento della conoscenza relativa alle psicopatologie e agli interventi terapeutici finalizzati alla precocità dell'intervento, alla diminuzione di interventi sulla crisi (eventuali TSO), al miglioramento della qualità della vita delle famiglie coinvolte, alla valorizzazione delle risorse del contesto e nel tempo ad un minor ricorso agli interventi sanitari. Favorire un clima emotivo negli operatori e nei famigliari improntato a fiducia e speranza.

Servizi aziendali coinvolti: il DSM attraverso le diverse Strutture Complesse di Salute Mentale

Partners esterni coinvolti: Coop Liguria, poiché gli incontri si svolgono in suoi spazi messi a disposizione.

Modalità e strumenti di comunicazione: affissione di volantini all'interno del servizio, colloqui con gli operatori invianti e con le famiglie richiedenti.

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
N° gruppi attivati		Almeno un gruppo	Mantenimento	Mantenimento
Diminuzione del N. di TSO	N. dei TSO nell'anno 2012 (n. TSO /N. partecipanti x 100)	Diminuzione del 10%	Diminuzione del 20%	Diminuzione del 30%
Questionari sulla soddisfazione dell'utenza ai nuovi membri del gruppo		Gradimento da parte di almeno il 60% dei partecipanti	Gradimento da parte di almeno il 60% dei partecipanti	Gradimento da parte di almeno il 60% dei partecipanti

Responsabile del progetto:

Giovanni Tria

L'auto mutuo aiuto: il farmaco del futuro

I gruppi di auto mutuo aiuto svolgono un'azione di prevenzione e promozione della salute ed hanno contemporaneamente una ricaduta positiva sull'assistenza ai pazienti.

Per la scheda vedi capitolo 4: Promozione di sani stili di vita

Prevenzione delle complicanze dell'obesità in pazienti psichiatrici ospiti di Struttura Residenziale

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Attività di counselling nutrizionale di gruppo rivolto a pazienti residenti in Struttura Residenziale Psichiatrica Convenzionata, affetti da sovrappeso/obesità e disturbo iperfagico ad alto rischio di complicanze e disabilità (progetto in fase iniziale)

Visite individuali per i pazienti che necessitano di percorso dietoterapico personalizzato

Il progetto si propone di migliorare la salute degli ospiti della Struttura Residenziale mediante un intervento sugli stili di vita relativi ad attività motoria e abitudini alimentari in pazienti affetti da psicosi. Esso si realizza attraverso le azioni seguenti:

- informazione sui danni e/o rischi correlati ai disordini alimentari
- informazioni sulle necessità fisiologiche dei nutrienti e su come ripartire i gruppi alimentari ad ogni pasto
- ricerca di motivazioni che possano facilitare il cambiamento
- aumento della motivazione e della consapevolezza nelle scelte alimentari e in quelle relative al movimento
- valutazione della composizione del menù della Struttura e congruità delle ricette allestite per gli ospiti
- aumento dell'attività motoria attraverso iniziative/convenzioni con le Istituzioni (es con Comune di Campomorone per eventi culturali, consegna volantini, pulizia parchi, serate al cinema ecc)

Beneficiari

Target primario: Pazienti affetti da malnutrizione per eccesso

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: operatori sanitari, famigliari

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Migliorare l'apporto alimentare e lo stato nutrizionale nei pazienti seguiti nell'ambito del progetto

Servizi aziendali coinvolti: SS di Dietologia e Nutrizione Clinica- Ospedale La Colletta Arenzano; per l'aspetto logistico (organizzazione dei gruppi educazionali per pazienti e operatori): SPDC palazzo della Salute della Fiumara

Partners esterni coinvolti:

Villa S.Maria di Campomorone, Comune di Campomorone

Modalità e strumenti di comunicazione: Ciclo di incontri motivazionali/educazionali di gruppo a contenuto predefinito, ripetibili nel tempo, supportati da un continuo rinforzo quotidiano da parte del personale di assistenza.

Attività di laboratorio su tematiche alimentari, attività ludiche riguardanti l'informazione alimentare e il movimento attivo

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di pazienti reclutati nel progetto	30	30	30	30
Miglioramento del peso	0%	0%	Calo ponderale almeno 5%	Calo ponderale tra il 5 e il 10%

Responsabile del progetto: Cinzia Salani SS di Dietologia e Nutrizione Clinica- Ospedale La Colletta Arenzano

Il benessere è a cavallo: Percorso di avvicinamento al cavallo finalizzato al benessere psicofisico
Per la scheda vedi capitolo 4: Promozione sani stili di vita

Il ghetto: ambulatorio nel centro storico
Per la scheda vedi capitolo 7: Prevenzione delle malattie trasmissibili

Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA)
Per la scheda vedi capitolo 7: Prevenzione delle malattie trasmissibili

Lo screening cardiovascolare

A conclusione dei capitoli sulla prevenzione delle malattie croniche si riporta il progetto relativo allo Screening Cardiovascolare che si propone, da un lato, obiettivi di prevenzione primaria e promozione della salute in soggetti con stili di vita non adeguati e, dall'altro, obiettivi di diagnosi precoce e di prevenzione dell'evoluzione e delle complicanze delle malattie croniche in soggetti che, senza esserne consapevoli, presentano condizioni di rischio quali ipertensione, ipercolesterolemia, iperglicemia, sovrappeso.

Si tratta di un progetto che si rivolge a una fascia di età (45-59 anni) che, a differenza dell'età evolutiva e dell'età anziana, è meno frequentemente oggetto di iniziative di promozione della salute volte alla modifica degli stili di vita.

Analisi di contesto

Nella Classificazione internazionale delle malattie, traumatismi e cause di morte ICD-10 (OMS-WHO) sotto la voce *malattie del sistema circolatorio* (I00-I99) vi sono 2 grandi sottogruppi: 1) *malattie ischemiche del cuore* (I20-I25) composte dall'infarto del miocardio, altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica, infarto miocardico pregresso, angina pectoris e altre forme croniche di cardiopatia ischemica; 2) *malattie cerebrovascolari* (I60-I69) che raccolgono nel loro insieme il grande capitolo delle malattie circolatorie dell'encefalo.

Classificazione internazionale delle malattie, traumatismi e cause di morte ICD-10		
malattie del sistema circolatorio I00-I99	malattie ischemiche del cuore I20-I25	infarto del miocardio altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica infarto miocardico pregresso angina pectoris altre forme croniche di cardiopatia ischemica
	malattie cerebrovascolari I60-I69	malattie circolatorie dell'encefalo

Tali malattie condividono i principali fattori di rischio e, in molti casi, l'eziopatogenesi su base ischemica (prevalentemente malattia aterosclerotica del cuore e/o delle arterie coronarie, cerebrali o periferiche).

I fattori di rischio si possono suddividere in *fattori di rischio modificabili* – sui quali la prevenzione può intervenire – e in *fattori di rischio non modificabili*.

I fattori di rischio modificabili

I fattori di rischio modificabili sono: a) ipertensione (valori di pressione arteriosa superiore a 135/85 mm Hg – uomini, donne); b) dislipidemia (trigliceridemia >150 mg/dl – uomini, donne; colesterolo totale >200 mg/dl – uomini,donne; colesterolo Hdl <40 mg/dl - uomini; colesterolo Hdl <50 mg/dl- donne); c) diabete (glicemia a digiuno \geq 126 mg/dl – uomini, donne); d) fumo di sigaretta (aumento rischio di sviluppo di Malattie cardiovascolare (Mcv) da 2 a 4 volte nei fumatori rispetto ai non fumatori – uomini, donne); e) sovrappeso e obesità ($25 < \text{Bmi} < 30$ - sovrappeso; $\text{Bmi} \geq 30$ – obesità) (misura della cintura addominale >102 cm - uomini; misura della cintura addominale >88 cm - donne); f) sedentarietà (attività fisica bassa o inesistente); g) eccesso di alcol (consumo di alcol >10-30 g di etanolo/die - uomini; consumo di alcol >10-20 g di etanolo /die – donne).

I fattori di rischio non modificabili

I fattori di rischio non modificabili sono: a) età (>45 anni - uomini; >55 anni – donne); b) sesso maschile (prevalenza di rischio di sviluppo di Mcv) - uomini; equivalenza di rischio di sviluppo di Mcv in uomini e donne dopo la comparsa della menopausa); c) familiarità per Mcv (se parenti di

primo grado - genitori, fratelli/sorelle, figli - ammalati o deceduti per ictus o infarto del miocardio in età <55 anni - uomini; ammalate o decedute in età <65 anni – donne). Si segnala ancora che alcuni studi hanno suggerito di introdurre tra i fattori di rischio anche scolarità e stato civile (se un soggetto è sposato, convive oppure è da solo).

Gli interventi di prevenzione

In tema di “fattori di rischio modificabili”, gli interventi di prevenzione che possono incidere su mortalità e morbilità legate alla patologia cardiovascolare sono numerosi e ben definiti da molte linee guida europee e internazionali . Nel nostro paese, tali linee guida, hanno trovato applicazione, ad esempio nel Programma interministeriale Guadagnare Salute.

In Italia, la “lotta ai fattori di rischio modificabili” si è sviluppata in passato grazie alla sensibilità di alcuni specialisti soprattutto d’area clinica ma, proprio per questo, è stata spesso realizzata con un approccio orientato “a contrastare” uno solo dei fattori di rischio (per esempio il fumo) piuttosto che con un approccio coordinato, multidisciplinare e integrato orientato a “offrire una risposta sistemica e strutturata alla prevenzione della Mcv” cosa che, invece, è stata recentemente sperimentata in alcune realtà della Regione Veneto attraverso la realizzazione del “progetto screening cardio - vascolare”.

Il modello organizzativo

Il modello organizzativo che si intende sviluppare per la gestione dello screening cardiovascolare prevede di effettuare un approccio alla prevenzione della Mcv secondo la metodologia utilizzata per l’offerta degli screening oncologici di popolazione (chiamata attiva di soggetti sani, offerta di interventi mirati per soggetti selezionati).

Il target

Il target dello screening cardiovascolare è la popolazione assistita da ASL 3 Genovese in fascia di età 45 – 59 anni.

Gli obiettivi

L’obiettivo principale dello screening cardiovascolare è ridurre la mortalità e la morbilità per eventi cardiovascolari sul territorio di ASL 3 Genovese attraverso il perseguimento di obiettivi di processo che saranno modulati sulla base della fase di intervento avviata. Gli obiettivi di processo perseguiti sono: a) rilevare il livello di rischio cv nella popolazione target; b) aumentare le conoscenze e la percezione del rischio cv nella popolazione target; c) organizzare modalità di assistenza integrata per prevenire l’insorgenza della Mcv contrastando i fattori di rischio modificabili attraverso il collegamento “privilegiato” con i servizi territoriali e/o ospedalieri attivi in area cardiovascolare / diabetologica; d) migliorare l’appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento al rapporto temporale che deve intercorrere tra controllo degli stili di vita e start della terapia farmacologica (MMG / dipartimenti territoriali / dipartimenti ospedalieri); e) monitorare e valutare gli interventi attivati.

Gli attori

Gli attori dello screening cardiovascolare sono: a) personale della dirigenza medica, della dirigenza non medica, delle professioni di ASL 3 Genovese; b) Medici di medicina generale convenzionati

con ASL 3 genovese; c) personale del Dipartimento di Scienze della Salute - IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino IST.

Le fasi

Le fasi di realizzazione del percorso dello screening cardiovascolare sono: la *fase 1*, propedeutica all'avvio dello screening cv sul territorio di ASL 3 Genovese; essa prevede *a) la costituzione del Gruppo Interdisciplinare dello Screening cardiovascolare* (acronimo G.I.S.CA.); il gruppo è costituito da personale di Direzione Sanitaria; Presidio Unico Ospedaliero; Distretti Socio Sanitari; Dipartimento di Prevenzione; Dipartimento delle Cure Primarie e delle Attività Distrettuali; Dipartimento Attività Farmaceutiche; MMG; Dipartimento di Cardiologia; Dipartimento Specialità Mediche; Sistema Informatico Aziendale; Comunicazione e Marketing; Aggiornamento e Formazione; Dipartimento di Scienze della Salute; *b) la definizione del Piano di fattibilità e la pianificazione della fase pilota* (la quantificazione del target; la definizione dei criteri e delle modalità di esclusione degli assistiti; l'individuazione delle sedi - delle strutture - delle risorse umane operative nei diversi livelli di attività screening; la precisazione degli strumenti da utilizzare; la tempistica di applicazione della fase pilota; il crono programma di rilevazione degli indicatori relativi alla fase pilota e quant'altro). La *fase 2*, operativa, inizia con lo start della fase pilota, prosegue con il monitoraggio degli indicatori e si conclude con il report di valutazione complessiva delle attività poste in essere nella fase pilota. La *fase 3* è la fase di sviluppo dello screening cardiovascolare su tutto il territorio di ASL 3 Genovese; è posta in essere sulla base degli obiettivi di processo raggiunti nella fase pilota.

Il percorso

Il percorso dello screening cv prevede: a) la valutazione pre invito degli assistiti reclutabili - ad integrazione delle esclusioni assistiti effettuate in base ai database disponibili in ASL (SDO / esenzioni per patologia / farmaceutica), gli inviti dovrebbero essere preceduti da una valutazione degli assistiti reclutabili da parte dei MMG partecipanti allo screening cv; b) gli inviti - gli inviti partono dall'unità operativa screening di ASL 3 Genovese già attiva in relazione ai tre screening oncologici; il software web necessario per la gestione dello screening cv è un programma testato ed utilizzato dalle aziende che in Regione Veneto hanno già avviato lo screening: il software dovrà essere integrato con l'anagrafe sanitaria regionale; c) la valutazione del rischio: la fase di valutazione del rischio nello screening cv è effettuata da personale ASL - assistenti sanitari o altro personale - nelle sedi che saranno individuate dal GISCA; il personale che effettua la valutazione del rischio deve essere adeguatamente formato secondo le modalità concordate dal GISCA. La valutazione del rischio comprende la compilazione dei questionari standardizzati sugli stili di vita e la rilevazione dei parametri biologici ed antropometrici dell'assistito invitato d) l'attribuzione dell'assistito ad una classe di rischio: tutte le rilevazioni effettuate sono raccolte in una scheda informatizzata che esita nell'attribuzione dell'assistito ad una classe di rischio; per ciascuna classe è previsto un successivo percorso i cui termini sono suscettibili di conferma o modifica da parte del GISCA.

<i>Classi</i>	Livello di rischio	Percorso successivo
<i>classe A</i>	Assistito a basso rischio - assenza di fattori di rischio comportamentali (assistito con stile di vita sano, parametri nella norma e non in terapia)	Invito a diventare “testimonial” dello screening cv Mantenere lo stile di vita adottato dopo 1 anno : re-screening (poi secondo classe di rischio a cui è attribuito)
<i>classe B</i>	presenza di fattori di rischio comportamentali, indipendentemente dal grado di rischio (assistiti con stile di vita non sano, parametri nella norma e non in terapia)	Indicazione all’assistito sui servizi ASL utili a correggere gli stili di vita - consegna all’assistito di materiali informativi se disponibili dopo 6 mesi : re-screening (poi secondo classe di rischio a cui è attribuito)
<i>classe C</i>	nuovi ipertesi, iperglicemici, non in terapia, presenza di fattori di rischio comportamentali	Segnalazione al MMG per normalizzazione parametri mediante iniziali interventi sugli stili di vita - counselling al MMG in relazione ai servizi ASL utili all’assistito - consegna all’assistito di materiali informativi se disponibili dopo 6 mesi: se non in terapia → re-screening su indicazione del MMG (poi secondo classe di rischio a cui è attribuito) se in terapia → esce dallo screening (offerta di immunoprofilassi attiva)
<i>classe CI</i>	nuovi ipertesi, iperglicemici, non in terapia, assenza di fattori di rischio comportamentali	segnalazione al MMG dopo 6 mesi: se in terapia → esce dallo screening (offerta di immunoprofilassi attiva) se non in terapia → re-screening su indicazione del MMG (poi secondo classe di rischio a cui è attribuito)
<i>classe D</i>	soggetti non arruolabili (assistiti in terapia - assistiti non invitabili secondo i criteri di esclusione)	esclusione dallo screening cv segnalazione al MMG o alla struttura ospedaliera competente (offerta di immunoprofilassi attiva)

La scheda progetto
Screening Cardiovascolare

Breve descrizione dell'intervento

In Italia, le malattie cardiovascolari costituiscono la prima causa di morte e rappresentano uno dei più importanti problemi di salute pubblica in termini di morbosità e invalidità permanente. Il progredire delle conoscenze sui meccanismi patogenetici, unitamente allo sviluppo dell'epidemiologia cardio-cerebro-vascolare, ha permesso d'identificare condizioni di rischio e determinanti di questa patologia. In particolare, l'adozione di sani comportamenti legati allo stile di vita permette di ridurre a livelli favorevoli la pressione arteriosa, la colesterolemia, la glicemia a digiuno e l'indice di massa corporea. Data la ancor bassa percezione collettiva del rischio di Malattia cardiovascolare (Mcv), è facilmente intuibile come le strategie di tipo preventivo risultino di fondamentale importanza al fine di impedire o ritardare l'insorgenza della malattia. Gli interventi efficaci per la prevenzione della patologia cardiovascolare e delle complicanze del diabete sono stati recentemente riassunti in una rassegna curata dal *Clinical Evidence* e sono l'adozione di una corretta alimentazione, di attività fisica regolare e l'abolizione del fumo di sigaretta. Alla luce delle più attuali evidenze scientifiche, si intende sviluppare in ASL 3 Genovese uno screening cardiovascolare che utilizzi il modello organizzativo degli screening oncologici di popolazione (chiamata attiva di soggetti sani, offerta di interventi mirati per soggetti selezionati). Lo screening cardiovascolare sarà articolato in a) chiamata attiva degli assistiti; b) valutazione dei parametri biologici (pressione arteriosa, glicemia) e antropometrici (circonferenza addome, BMD); c) rilevazione dello stile di vita del soggetto invitato (fumo, alimentazione, alcool, sedentarietà); d) classificazione in categorie di rischio. Secondo il livello di rischio, vi sono diverse tipologie d'intervento finalizzate a: a) correggere i fattori comportamentali; b) normalizzare, laddove risultino alterati, i parametri biologici; c) , prevenire le possibili complicanze quali polmonite ed influenza attraverso strategie di immunoprofilassi attiva nei casi con elevato rischio di patologia cardiovascolare.

Beneficiari target

Il target sono gli assistiti di età compresa tra i 45 e i 59 anni, residenti sul territorio della ASL 3 Genovese, che non hanno sviluppato in precedenza la malattia cardio-cerebro-vascolare, il diabete e l' insufficienza renale cronica.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

L'obiettivo di salute è ridurre la mortalità e la morbilità per eventi cardiovascolari attraverso un modello organizzativo di screening cardiovascolare. Gli obiettivi di processo perseguiti sono: a) rilevare il livello di rischio cardiovascolare nella popolazione assistita da ASL 3 Genovese; b) aumentare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione invitata a screening cardiovascolare c) organizzare modalità di assistenza integrata per prevenire l'insorgenza della Mcv attraverso il collegamento "privilegiato" con i servizi territoriali e/o ospedalieri attivi in area cardiovascolare e diabetologica; d) migliorare l'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento al rapporto temporale che intercorre tra controllo degli stili di vita e start della terapia farmacologia (MMG / dipartimenti territoriali / dipartimenti ospedalieri); e) monitorare e valutare gli interventi avviati.

Servizi aziendali coinvolti

Dirigenza medica, Dirigenza non medica, Professioni afferenti a :Direzioe Sanitaria // Presidio Unico Ospedaliero // Distretti Socio Sanitari // Dipartimento Prevenzione // Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali // Dipartimento Attività farmaceutiche // MMG // Dipartimento di Cardiologia // Dipartimento di Specialità Mediche // Sistema Informatico Aziendale // Comunicazione e Marketing // Formazione e Aggiornamento.

Partners esterni coinvolti

Dipartimento di Scienze della Salute-U.O. Igiene, IRCCS AOU San Martino IST

Modalità e strumenti di comunicazione

software web gestionale screening cardiovascolare // invito personale per lettera // Materiale informativo // Counselling telefonico // E – mail // Pagina web//

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Costituzione e operatività di un gruppo interdisciplinare "Screening Cardiovascolare"		1° riunione Gruppo Interdisciplinare Screening Cardiovascolare Evidenza di verbale	Invio di n° inviti a screening cardiovascolare ≥ 1.000	Invio di n° inviti a screening cardiovascolare ≥ 2.000

Responsabili del progetto: Ida Grossi, Ivana Valle

7. Prevenzione delle malattie trasmissibili

Prevenire le malattie trasmissibili significa mettere in atto azioni di comprovata efficacia con impatto significativo sulla collettività identificabili in due fondamentali aree di intervento corrispondenti essenzialmente alla attività vaccinale e al sistema di sorveglianza e controllo delle malattie infettive:

7.1 Vaccinazioni

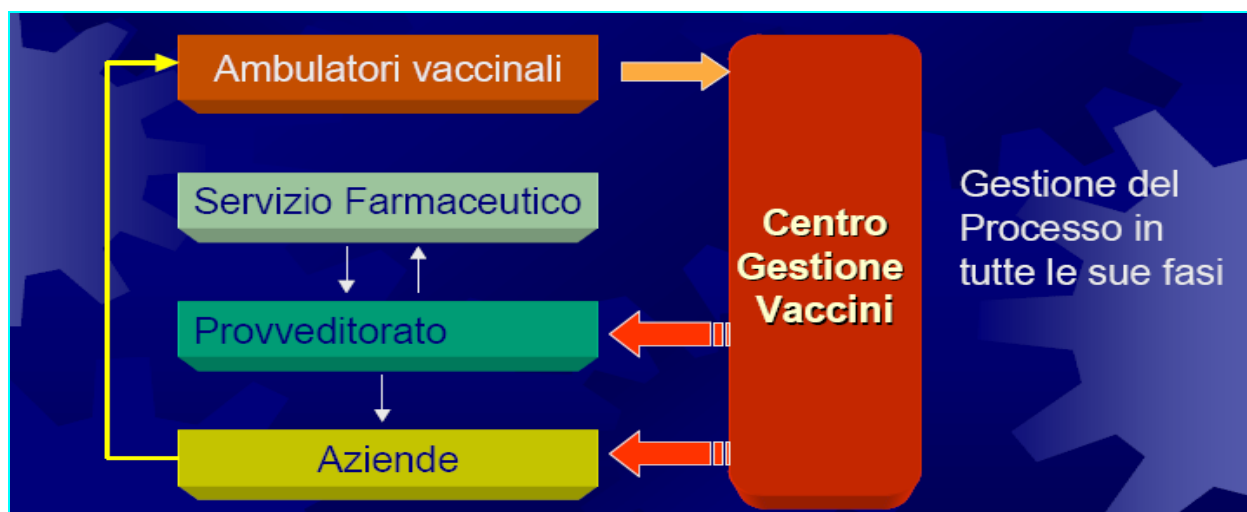
L'intervento più efficace nel prevenire le malattie trasmissibili è rappresentato dall'attività di vaccinazione rivolta sia alla popolazione generale, dall'età evolutiva all'età adulta e senile, sia alla popolazione a rischio per patologia secondo ben definite strategie come previsto dai piani nazionali e regionali di prevenzione vaccinale PNPV.

La popolazione a maggior rischio di patologia influenzale e pneumococcica è individuabile nelle seguenti categorie (Raccomandazioni Ministero Salute):

- cardiopatie croniche
- malattie polmonari croniche
- epatopatie croniche evolutive
- diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi BMI > 30)
- insufficienza renale cronica
- malattie degli organi ematopoietici e emoglobinopatie
- immunodeficienza congenita e acquisita
- neoplasie diffuse
- malattie infiammatorie croniche e sindromiche da malassorbimento
- trapianto d'organo o di midollo
- portatori di impianto cocleare
- asplenia anatomica e funzionale

Accanto all'anagrafe vaccinale già in uso è necessario costruire una anagrafe dei soggetti a rischio utilizzando tutte le risorse a disposizione, dall'elenco degli esenti ticket per patologia alla collaborazione con MMG e PLS, attingendo anche dai soggetti coinvolti nella sperimentazione di nuovi modelli di Chronic Care Model destinati a pazienti per i quali è raccomandabile la vaccinazione anti-influenzale e anti-pneumococcica quale misura efficace di prevenzione.

In ASL 3 vengono gestite annualmente 304.000 dosi vaccinali effettuate presso i 15 ambulatori della S.C. Igiene Pubblica (accesso libero per tutte le età), i 14 della S.C. Assistenza Consultoriale (accesso su appuntamento per fasce di età 0 ÷ 3 anni) e presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale (campagna di vaccinazione anti-influenzale) e dei Pediatri di libera scelta che aderiscono al progetto interdipartimentale della ASL 3.



L'attività è gestita nel suo complesso dall'Igiene Pubblica che provvede alle scelte tecniche e strategiche, all'approvvigionamento dei vaccini, al sistema degli inviti e dei reinviti, ai sistemi di reportaggio e all'attività di formazione degli operatori coinvolti

Le coperture vaccinali, come anche segnalato dall'indicatore B7 del "Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali" sono rispondenti o comunque molto prossime agli obiettivi fissati dal PNPV come si evidenzia nella tabella sottostante.

Coperture vaccinali ASL 3 gennaio 2013

Vaccini	%CV ASL 3	%CV PNPV
Polio	97	95
Difterite Ped.	96,94	95
Tetano	97,01	95
Pertosse	96,08	95
Epatite B	96,82	95
Emofilo B	95,98	95
Morbillo I° dose	91,90	95
Morbillo II° dose	83,12	90
Pneumo coniug	94,03	95
Meningococco	91,14	95
HPV	70*	75
Influenza > 65anni	64**	75
Influenza soggetti a rischio 6mesi-64 anni	40**	75

* coorte 1997

**dati campagna 2011-2012

Pur considerando buona la situazione, è tuttavia necessario esercitare una continua sorveglianza sull'andamento delle coperture, possibile attraverso l'introduzione di sempre più efficaci e innovativi sistemi di promozione rispondenti ai requisiti tecnologici in uso che ci permettano di mantenere i risultati raggiunti e migliorare le coperture per le quali non si è ancora raggiunto in pieno il target previsto dal PNPV 2012-2014

In particolare le azioni di promozione vanno effettuate nei confronti della **vaccinazione MPR** (Morbilli, Parotite, Rosolia) per la quale bisogna raggiungere gli obiettivi ministeriali necessari per l'eliminazione delle malattie, secondo le indicazioni già in atto del "Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2012-2015", e della **vaccinazione HPV** (Human Papilloma Virus) la cui copertura è al momento stabile intorno a una media del 60% considerando le varie coorti d'età. Per quest'ultima vaccinazione sono allo studio nuovi sistemi di offerta.

Per quanto riguarda la riduzione del rischio di rosolia congenita, è necessario incrementare le azioni volte al recupero delle donne in età fertile non immunizzate o con situazione immunitaria incerta, attraverso interventi nelle occasioni più opportune (accesso delle neo-mamme alle prime sedute vaccinali del bambino, accesso allo screening per Pap-Test, dimissione dalle strutture di Ostetricia nel post-partum, etc).

Per quanto riguarda la **vaccinazione anti-influenzale** si assiste a una tendenza al calo delle coperture che riconosce diversi determinanti quali diminuita percezione del rischio, ruolo sempre più pressante degli antivaccinatori ma anche più probabilmente insufficiente disponibilità del vaccino come è avvenuto nella campagna scorsa vaccinale 2012/13 con conseguente ulteriore diminuzione delle coperture.

Altre azioni di prevenzione primaria rivolte anche alle malattie non prevenibili con vaccinazione quali principalmente le **malattie trasmesse per via parenterale e sessuale**, possono essere individuati nell'ambito degli interventi di educazione sanitaria rivolti alla modifica degli stili di vita e alla tutela della salute riproduttiva.

Tenendo presente le criticità rilevate, i Progetti individuati per questa area di attività sono riferibili alla attivazione di nuovi sistemi per la promozione dell'attività vaccinale (**Progetto 1: Migliorare l'adesione all'offerta vaccinale nella popolazione generale dell'ASL 3 Genovese**), e alla costruzione e gestione dell'anagrafe dei soggetti a rischio per patologia. (**Progetto 2: Strategie per l'individuazione e la vaccinazione influenzale e pneumococcica dei soggetti a rischio per patologia**).

7.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

Tali azioni vengono attivate all'insorgenza di una malattia trasmissibile attraverso specifici interventi di profilassi volti al contenimento della malattia e alla gestione di eventuali focolai epidemici nella comunità.

L'efficacia di tali interventi è possibile attraverso un sistema di notifica efficiente che possa essere facilmente fruito dalla comunità medica e raggiunga rapidamente la popolazione su cui attivare gli interventi di profilassi.

Centro Notifiche
Malattie Infettive



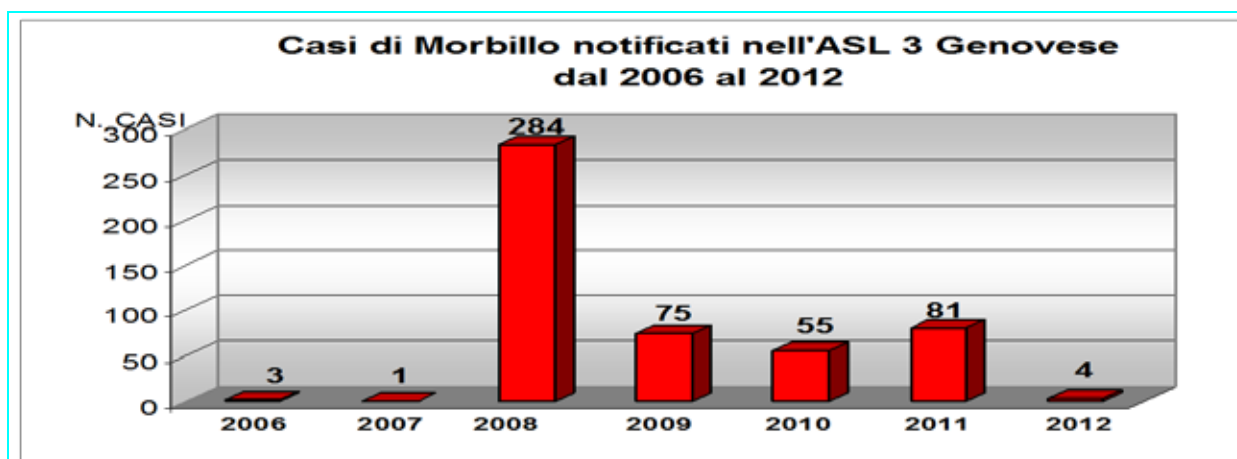
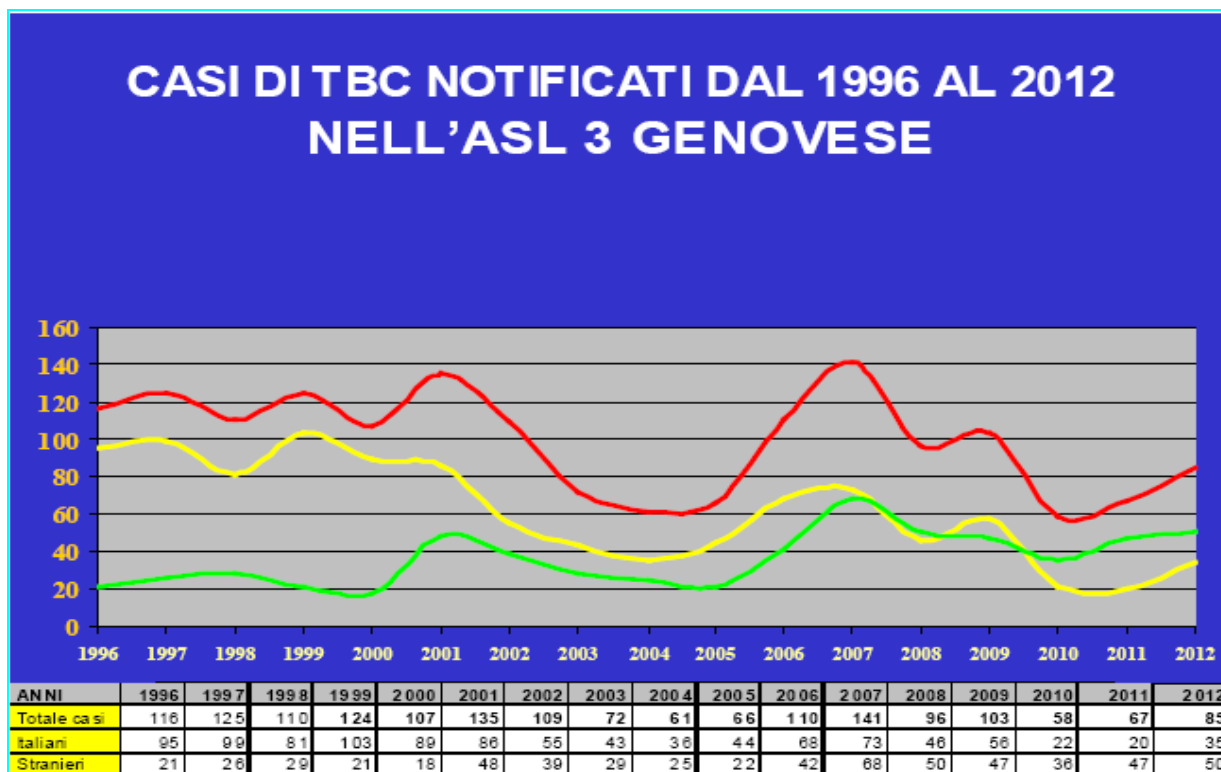
Sede: S.S. Strategie Vaccinali Palazzo della Salute - Via Operai, 80
(zona Fiumara) stanza 46 -2° piano

- TELEFONO 010 8497058
- FAX 010 8498623
- E-MAIL notifica.malinf@asl3.liguria.it

In ASL 3 il core di tale sistema è costituito dal Centro Unico di Notifica presso il quale nell'anno 2012 sono stati notificati 1887 casi di malattie infettive con conseguenti indagini epidemiologiche e relativi interventi di profilassi sulle comunità.

Presso tale centro sono in atto inoltre sistemi di sorveglianza specifica verso alcune malattie di elevata rilevanza clinico-epidemiologica quali meningiti batteriche e malattie invasive, legionellosi, tubercolosi e altre malattie per le quali si riscontra elevato livello endemico.

Nelle figure seguenti si riportano, a titolo di esempio, alcune informazioni ricavabili dal sistema di sorveglianza delle malattie infettive.



Al fine consentire interventi di profilassi tempestivi ed efficaci è stato progressivamente costituito un sistema di rete che connette la Sanità Pubblica con tutte le figure professionali coinvolte (MMG, PLS, Medici e Assistenti Sanitarie della S.C. Assistenza Consultoriale, Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri, Infettivologie Ospedaliere, Dipartimento Scienze della Salute dell'Università, Ordine dei Medici).

La presenza di così numerose e variegate figure professionali prevede un continuo monitoraggio dell'attività di notifica al fine di evitare alcune criticità quali la sottotifica dei casi, il ritardo della segnalazione, la compilazione incompleta o errata delle schede che riducono la disponibilità delle informazioni utili agli interventi.



Il progetto per questa area di attività, prevede una serie di interventi atti a migliorare gli aspetti comunicativi tra le figure professionali coinvolte (**Progetto 3: Sorveglianza e controllo delle Malattie trasmissibili: integrazione e miglioramento del sistema**)

7.3 Dall'informazione all'azione: le schede progetto

Migliorare l'adesione all'offerta vaccinale nella popolazione dell'ASL 3 Genovese.

Razionale

Nonostante la disponibilità di vaccini sicuri ed efficaci e i sostanziali progressi compiuti sul fronte della riduzione delle malattie prevenibili mediante vaccinazione, l'esecuzione delle vaccinazioni raccomandate e l'accettazione delle stesse da parte dell'utenza continuano a rappresentare fattori di fondamentale importanza per ridurre ulteriormente ed eliminare le cause di morbilità e mortalità prevenibili mediante vaccinazione.

L'aumento del numero di vaccini disponibili e la crescente complessità dei calendari vaccinali rendono sempre più difficile per gli operatori sanitari, le strutture mediche e il sistema sanitario pubblico provvedere in modo tempestivo ed efficiente ad attuare le misure di immunizzazione.

L'ASL 3 Genovese vanta buoni livelli di copertura per le vaccinazioni obbligatorie e le principali vaccinazioni raccomandate, tuttavia recenti ricerche hanno evidenziato (in varie Regioni italiane) un crescente movimento anti-vaccinale, sospinto principalmente da associazioni e siti internet non-istituzionali.

E' di fondamentale importanza pertanto, mettere in atto azioni efficaci per raggiungere o mantenere livelli elevati di copertura vaccinale, adottando, metodologie innovative, al passo coi tempi e personalizzate per i target individuati.

Attività principali

- ✚ **Gestione inadempienti totali**
- ✚ **Recupero dei non vaccinati (catch up)**
- ✚ **Riproposta periodica della vaccinazione (follow up).**
- ✚ **Vaccinazioni di contenimento (mopping up –es. in caso di epidemia)**

Iniziative in corso

Il progetto denominato **“Prevenire Insieme”** attivo dal 1° ottobre 2012, prevede di contattare ed informare le famiglie delle ragazze nate nel 1997 e 2000 non aderenti alla vaccinazione HPV, sia attraverso gli operatori sanitari, sia attraverso operatori esterni qualificati.

Gli operatori di un Call Center Sanitario dedicato chiameranno le famiglie cercando di conoscere meglio le ragioni della mancata adesione alla vaccinazione e, al contempo, forniranno un servizio di informazione qualificata per rispondere alle domande più frequenti sulla vaccinazione stessa.

Qualora la persona contattata manifesti interesse, grazie al Call Center Sanitario, sarà possibile approfondire eventuali dubbi richiedendo un counselling vaccinale personalizzato con un operatore sanitario esperto della ASL, e qualora intenda aderire alla campagna, ricevere informazioni su dove e quando poter eseguire la vaccinazione .

Beneficiari

Target primario : Ragazze nate nel 1997 e 2000

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : ragazze nate dal 1995 al 2001

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Conoscere i principali determinanti del rifiuto alla vaccinazione antipapillomavirus –HPV, nelle famiglie delle ragazze non aderenti, nate tra il 1995 e 2001, con particolare focus per anni 1997 e 2000.

Migliorare le coperture vaccinali dell'ASL3 Genovese per HPV nell'ambito di due coorti target individuate dalla Campagna Regionale contro il Papillomavirus (HPV), ragazze nate negli anni 1997 e 2000.

Servizi aziendali coinvolti:

Rete ambulatoriale della S.S. Strategie Vaccinali

Partners esterni coinvolti: GlaxoSmithKline , Gruppo Mercurio

Modalità e strumenti di comunicazione:

Attività di reporting

Info e news via e-mail

Indagini sulla compliance

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (O A INIZIO PROGETTO)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
percentuale di ragazze nate nel 1997 e 2000, inizialmente non aderenti alla Campagna vaccinale HPV, vaccinate	Anno 1997 : 683 ragazze non aderenti - vaccinate 0% Anno 2000 : 991	Anno 1997 : 683 ragazze non aderenti - vaccinate+8% Anno 2000 : 991	Valutazione dell'attività svolta	Valutazione dell'attività svolta

dopo re-call telefonico ed eventuale counselling	ragazze non aderenti- vaccinate 0%	ragazze non aderenti-vaccinate +8%	ed eventuale progettazione per nuove coorti	ed eventuale progettazione per nuove coorti
Numero di rispondenti al questionario per la comprensione dei determinanti del rifiuto alla vaccinazione HPV.	Anno 1997 : 683 ragazze non aderenti -Questionari compilati 0% Anno 2000 : 991 ragazze non aderenti -Questionari compilati 0%	Anno 1997 : 683 ragazze non aderenti -Questionari compilati 60% Anno 2000 : 991 ragazze non aderenti -Questionari compilati 60%	-----	-----

Responsabile del progetto

Valter Turello

La vaccinazione influenzale e pneumococcica dei soggetti a rischio per patologia.

Breve descrizione dell'intervento realizzato

L'influenza e la polmonite sono malattie infettive comuni e prevenibili, associate a elevata frequenza di mortalità e morbilità nelle persone anziane e nei soggetti affetti da patologie croniche.

Il progetto si propone di migliorare la copertura per la vaccinazione influenzale per i soggetti a rischio individuati nella Circolare Ministeriale annuale di Influenza e promuovere la vaccinazione pneumococcica nei soggetti portatori di patologie croniche individuate nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 e nella Nota Regione Liguria del 21/01/2013. Punto cardine è l'identificazione di tali soggetti mediante realizzazione di un registro nominativo, **anagrafe dei soggetti a rischio**, ottenuto partendo dall'elenco degli esenti ticket per patologia presenti nell'anagrafe sanitaria dell'ASL3 Genovese, che rappresenterebbe solo il 42% dei rischi totali, con invio dello stesso ai medici curanti. I soggetti dovranno essere vaccinati per influenza; il medico curante, dovrà inviare agli ambulatori vaccinali della ASL i portatori di patologie che costituiscono indicazione alla vaccinazione per Pneumococco, anche se non presenti nell'elenco inviato.

L'anagrafe completa dei soggetti a rischio potrà essere ultimata solo attraverso l'istituzione di un sistema di collaborazione reciproco con MMG e PLS.

Beneficiari

Target primario : Soggetti a rischio in età compresa tra i 6 mesi e i 64 anni per influenza , in tutte le età per pneumococco.

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: famiglia e collettività

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- q Realizzazione di un Registro aggiornato dei soggetti a rischio per patologia in età < 65 anni per influenza (anagrafe dei soggetti a rischio)
- q Mantenere e incrementare la copertura vaccinale influenzale dei soggetti a rischio per patologia in età <65 anni per influenza rispetto alle coperture rilevate nella Campagna Influenza 2012-2013.

Attuare le indicazioni della Nota Regionale 2013 "Prevenzione della malattia pneumococcica", per la parte relativa ai soggetti a rischio.

Servizi aziendali coinvolti:

Integrazione con il " Chronic Care Model " nell'ambito dell'ASL3 Genovese.

Partners esterni coinvolti: Medici di Medicina Generale

Modalità e strumenti di comunicazione: posta elettronica e ordinaria

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Realizzazione del registro aggiornato dei soggetti a rischio suddivisi per età, patologia , Medico Curante .	Assenza di registro aggiornato	Realizzazione del registro soggetti a rischio (anagrafe dei soggetti a rischio)	Aggiornamento ed eventuale utilizzo di altre fonti informative	Aggiornamento ed eventuale utilizzo di altre fonti informative
Invio ai Medici Curanti degli elenchi nominativi dei soggetti a rischio da vaccinare o inviare ai centri vaccinali ASL per influenza.	Assente	Invio degli elenchi ai Medici di Medicina Generale	Invio degli elenchi ai Medici di Medicina Generale	Invio degli elenchi ai Medici di Medicina Generale
Incremento del numero delle vaccinazioni nella campagna influenza 2013-2014.	Assente	Incremento del 15% rispetto ai dati di campagna 2012-2013		

Indicazioni scritte ai Medici Curanti utili alla individuazione ed all'invio ai Centri Vaccinali Asl per Pneumococco dei soggetti portatori di patologie croniche che costituiscono indicazione alla vaccinazione per Pneumococco, anche se non presenti nell'elenco degli esenti ticket.	Assente	Invio ai Medici Curanti Nota Informativa	Invio ai Medici Curanti Nota Informativa	Invio ai Medici Curanti Nota Informativa
---	---------	--	--	--

Responsabile del progetto

Valter Turello

Sorveglianza e controllo malattie trasmissibili: integrazione e miglioramento del sistema.

Breve descrizione dell'intervento realizzato

La sorveglianza delle malattie trasmissibili, presenta frequentemente alcune criticità, quali la sottonotifica dei casi, il ritardo di notifica, la compilazione incompleta o errata delle schede, che riducono la disponibilità di informazioni utili per gli scopi della sorveglianza stessa, come la messa in atto degli interventi di profilassi post esposizione, il controllo delle epidemie, la verifica dell'efficacia degli interventi di controllo.

Per questo motivo Il Progetto si propone di ottimizzare il sistema di sorveglianza e controllo delle malattie trasmissibili soprattutto attraverso il miglioramento degli aspetti comunicativi e di coordinamento delle attività di profilassi (notifica, indagine epidemiologica, report, informazioni operative) tra S.C. Igiene e Sanità Pubblica, Presidi e Aziende ospedaliere, MMG, PLS, Medicina preventiva di comunità dell'età evolutiva (M.P.C.E.E.)

Beneficiari

Target primario: Operatori di Sanità Pubblica (Operatori ASL - MMG , PLS, Operatori Aziende Ospedaliere)

Target secondari: popolazione generale dell'ASL 3 Genovese

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Migliorare la comunicazione interna/esterna tra i soggetti interessati alla sorveglianza e il controllo delle malattie trasmissibili (S.C. Igiene e Sanità Pubblica, Presidi e Aziende ospedaliere, MMG, PLS, Medicina preventiva di comunità dell'età evolutiva (M.P.C.E.E.) attraverso l'incremento delle attività informative (Report- e-mail, sito web ASL 3- Survey) e l'aggiornamento condiviso delle procedure operative.

Servizi aziendali coinvolti:

Presidi Ospedalieri ASL 3, Medicina preventiva di comunità dell'età evolutiva (M.P.C.E.E.).

Partners esterni coinvolti:

Aziende Ospedaliere, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta,

Modalità e strumenti di comunicazione:

e-mail

Reporting

Indagine sulla compliance (Survey telefonica)

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Realizzazione e invio ai partners coinvolti del Report annuale delle malattie trasmissibili nell'ambito dell'ASL 3 Genovese	0 Report	1 Report 2012	1 Report 2013	1 Report 2014
Strumenti di Valutazione della compliance	0 - Survey	1 - Survey procedura di notifica per i MMG e PLS (realizzato)	-----	1 - Survey procedura di notifica per i MMG e PLS

Responsabile del progetto

Valter Turello

Il ghetto: ambulatorio nel Centro Storico

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Sostegno al poliambulatorio medico infermieristico nel cuore del Centro Storico di Genova in sinergia con il Comune di Genova e terzo settore.

ASL3 dal 3.4.2012 ha messo a disposizione i seguenti servizi per un giorno a settimana: consulenza psichiatrico/psicologica, infettivologia, accoglienza, mediazione culturale di lingua araba e rilascio codici STP (Straniero Temporaneamente Presente) e ENI (Europeo Non Iscritto). Inoltre ASL3 si occupa della fornitura dei farmaci di maggior necessità e dello smaltimento dei rifiuti speciali.

Si tratta di una struttura a bassa soglia dedicata in particolare agli abitanti del quartiere del Ghetto (stranieri e non), senza distinzione di genere, lingua, religione, nazionalità, o qualsiasi altra caratteristica della persona che desidera accedere al servizio.

L'assistenza erogata contribuisce a prevenire la diffusione delle malattie tra gli abitanti del quartiere e a ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso.

Beneficiari

Target primario: stranieri irregolari gravitanti nell'area del centro storico cui si facilita l'accesso e l'orientamento ai servizi sanitari

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: colleghi dei servizi, operatori pubblici, volontariato sociale, anche tramite percorsi formativi.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

1. Intervento di accoglienza e mediazione: individuare e/o concepire ex novo il percorso più adatto a risolvere casi border line, rilascio codici STP/ENI, mediazione culturale in lingua araba
2. Intervento infettivologico: prevenire le principali malattie diffuse e comportamenti a rischio
3. Intervento psichiatrico-psicologico: intercettare soggetti fragili appartenenti a realtà socioeconomiche e culturali disagiate, supportandoli nel riconoscimento dei bisogni primari e dei diritti fondamentali (anche favorendo il contatto con il consulente legale del centro) e orientandoli ad accedere in maniera appropriata ai servizi di salute mentale (anche contattando le strutture sanitarie del paese di provenienza)
4. In generale: prevenire accessi impropri al PS e conferire *empowerment* alla popolazione straniera sui loro diritti in materia di salute.

Servizi aziendali coinvolti:

DS, URP, Dip. Salute Mentale e Dipendenze, SS Gestione rifiuti, SC Assistenza farmaceutica

Partners esterni coinvolti:

Comune di Genova, AFET Aquilone, Mater Domina, Cooperativa SABA.

Modalità e strumenti di comunicazione:

1. Media: mantenere costante l'attenzione delle Istituzioni rispetto ai bisogni rilevati
2. Incontri di sensibilizzazione con mmg
3. Incontri con volontariato sociale operante nella zona (rete)
4. Materiale informativo
5. Sito web

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 31/12/2012 (*)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013 (*)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014(*)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015(*)
<i>Accessi (persone) avuti</i>	127	140	150	160
<i>Prestazioni di accoglienza/mediazione e effettuate</i>	254	280	300	320

<i>Codici STP/ENI/Certificati di indigenza rilasciati (comprese nelle prestazioni di accoglienza/mediazione)</i>	116	140	140	140
<i>Prestazioni infettivologiche effettuate</i>	210	250	250	250
<i>Prestazioni psichiatrico-psicologiche e indirizzamenti al servizio</i>	62	80	80	80

(*) I DATI SI RIFERISCONO A 8 MESI DI ATTIVITA'.

(*') LE PREVISIONI SONO FATTE MANTENENDO INALTERATA LA QUANTITA' DI ORE DI SERVIZIO PRESTATO.

Responsabile del progetto: Ida Grossi

Operatori coinvolti: Natascia Massocco, Gabriella Zanone, Rajeh Zayed (mediatore culturale), Raffaele Costa, Daniela Ratti, Giovanni Astegiano, Javad Hossein.

Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA)

Breve descrizione dell'intervento realizzato: (2010-2012)

Predisposizione di Protocolli: GEN-DS-IL- prevenzione infezioni correlate all'assistenza; GEN-DS-IL- clostridium; GEN-DS- IL- antibioticoprofilassi in chirurgia ortopedica; GEN-DS- IL- antibioticoprofilassi in ostetricia-ginecologia; Diffusione LG Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto (Aggiornamento Settembre 2011-Ministero Salute)
Trasmissione ai reparti della reportistica relativa agli ABT soggetti a richiesta motivata
Sorveglianza passiva su Alert inviati dalla Microbiologia
Sorveglianza attiva sul Clostridium difficile in ambito nosocomiale con chiamata di allerta ai reparti
Formazione on Job su tematiche ICA
Flussi informativi al CIO regionale sui microrganismi alert

Per 2012/2013 :

Predisposizione di protocolli per Klebsiella, Acinetobacter e MDR
Revisione protocolli su: Processi di sterilizzazione, Catetere vescicale.
Predisposizione di Corso di Formazione su "Appropriatezza utilizzo degli Antibiotici" e "Le precauzioni standard in Pronto Soccorso"
Piano Formativo con UU.OO mediante AUDIT di verifica applicazione procedure

Beneficiari

Target primario Operatori sanitari
Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva Degenti, Contenimento/ riduzione ICA, Corretto utilizzo antibiotico terapia

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Innovazione culturale; Corretto Utilizzo Antibioticoprofilassi; Contenimento/Riduzione ICA

Servizi aziendali coinvolti:

Gruppo Operativo CIO, Dipartimento Patologia Clinica, Dipartimento di Farmacia, Formazione,

Partners esterni coinvolti:

UNIGE.

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013	Valore indicatore previsto al 31/12/2013	Valore indicatore previsto al 31/12/2014	Valore indicatore previsto al 31/12/2015
Recepimento ed adozione delle procedure elaborate e diffuse alle strutture	Non noto	Almeno 60%	Almeno 70%	Almeno 70%
N° di AUDIT di verifica effettuati (verbali e schede)	0	Almeno 75% Strutture Ospedaliere e 20% Strutture Territoriali	Mantenimento indic. ospedaliero; piano di miglioramento indic. territoriale	Mantenimento indic. ospedaliero; realizzazione piano miglioramento indic. territoriale

Responsabile del Progetto: Anna Maria De Mite (Coordinatore GO del CIO)

8. Sicurezza alimentare e attività di prevenzione nell'ambito della sanità animale

8.1 Analisi di contesto

L'area della sicurezza alimentare e della sanità animale è in primo piano nella prevenzione delle malattie croniche, in rapporto alla possibile presenza di sostanze chimiche o altri agenti dannosi negli alimenti destinati alle persone e nei mangimi destinati agli animali, nonché in rapporto alla produzione industriale di alimenti che comunemente vengono definiti junk food, contenenti una quantità eccessiva di sale, zuccheri, grassi saturi e calorie e complessivamente a “basso valore nutrizionale”.

Tutte le informazioni relative alle **norme igieniche**⁴³ a cui deve attenersi chi si occupa di **ristorazione**, le misure preventive e le regole per organizzare e gestire locali e attrezzature, le norme per il controllo sul commercio e l'impiego dei **prodotti fitosanitari** e le linee guida per agevolare l'applicazione dell'**autocontrollo nelle industrie alimentari**, si possono trovare in questa sezione.

E' bene sapere, inoltre, che dal **1° gennaio 2006** hanno applicazione su tutto il territorio comunitario le norme sulla **sicurezza alimentare** introdotte dai Regolamenti n. 852 e Regolamento n. 853 del 29 aprile 2004, e dai Regolamenti n. 854 e Regolamento n. 882 del 29 aprile 2004 in materia di controlli ufficiali.

La **Regione Liguria** ha recepito il testo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni relativo alle linee guida applicative del Regolamento CE n. 852/2004 del 29 aprile 2004, sull'**igiene dei prodotti alimentari** e del Regolamento 853/2004 CE del 29 aprile 2004 che stabilisce norme specifiche in materia di igiene per gli **alimenti di origine animale**, per fornire indicazioni in merito agli operatori del settore alimentare e alle autorità competenti.

Sempre in tema di sicurezza alimentare il regolamento CE n. 178/2002 del 28 gennaio 2002 ha previsto l'obbligo della **rintracciabilità** degli alimenti quale strumento per risalire all'**origine dei prodotti** e ha introdotto il *sistema rapido di allerta*.

Ambedue sono necessari per fronteggiare situazioni di emergenza che richiedono un intervento immediato e possono derivare dalla presenza sul mercato di un prodotto alimentare a grave rischio per il consumatore.

La Regione Liguria ha pertanto **recepito le linee guida** per la rintracciabilità e la gestione del sistema di allerta nel testo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, per stabilire delle **procedure omogenee**, rapide ed efficaci per intervenire a tutela della salute pubblica nelle situazioni di emergenza ed impedire la commercializzazione e il consumo di prodotti alimentari nocivi o pericolosi.

Con ciò il sistema a livello regionale si rende compatibile con le analoghe organizzazioni che le singole Regioni hanno adottato o stanno predisponendo sulla base delle Linee guida anzidette.

Il 17 Maggio 2012 con delibera aziendale n°444 è stato approvato il “Piano Dipartimentale integrato aziendale sulla sicurezza alimentare anno 2012 in applicazione della DGr 808 del 8/07/2011 e successivi provvedimenti regionali in materia

43

http://www.liguriainformasalute.it/lirgw/sanita/ep/channelView.do?pageTypeId=15990&channelPage=%2Fjsp%2Flayout%2FLayRcc.jsp&channelId=-72857&BV_SessionID=@@@1357120153.1367324754@@@&BV_EngineID=cccdadfjgllleimcefeceffdgndffj.0

8.2 Dall'informazione all'azione: le schede progetto

Condivisione banche dati – anagrafi - ditte				
Breve descrizione dell'intervento realizzato				
Dopo aver effettuato un censimento presso le SS.CC. del Dipartimento Prevenzione di:				
<ul style="list-style-type: none"> · Banche dati · Anagrafi · Flussi informativi 				
<p>- Realizzare una cartella condivisa dalla quale le diverse SS.CC. coinvolte nella prevenzione possano attingere per programmare più efficacemente l'attività routinaria e le indagini epidemiologiche. A questo proposito si propone di condividere i vari dati relativi alle segnalazioni di allerta del sistema rapido comunitario, i dati di non conformità sui campioni del controllo ufficiale, i dati delle tossinfezioni, i dati delle zoonosi ed antropozoonosi rilevate in sede di macellazione e di ispezione dei prodotti Ittici, i dati di sanità animale, etc.</p> <p>- Selezionare i dati di interesse epidemiologico e condividere tali informazioni (dati relativi a tossinfezioni , zoonosi e antropozoonosi), mediante la pubblicazione di report periodici sul sito web aziendale, con le strutture sanitarie interessate(le strutture dei P.S. Ospedalieri, MMG, PLS) in modo da programmare più efficacemente l'attività , le indagini cliniche e le indagini epidemiologiche</p>				
Beneficiari				
Target primario S.C. Sicurezza Alimentare- S.C. Sanità Animale- S.C. Igiene e sanità Pubblica- in un secondo tempo P.S. ed eventuali altre SS.CC. (es mal. Infettive, Ginecologie e Ostetricia) delle Strutture ospedaliere e MMG e PLS				
Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: Consumatori				
Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti				
Prima fase – Programmare più efficacemente l'attività di vigilanza e gli interventi preventivi mediante una condivisione dei dati fra le diverse Strutture Complesse del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riguardo alle S.C. Sicurezza Alimentare- S.C. Sanità Animale- S.C. Igiene e Sanità Pubblica				
Seconda fase - Mettere a disposizione delle altre strutture sanitarie (inter ed extra aziendali) informazioni sanitarie selezionate mediante la pubblicazione di report periodici sul sito web aziendale ospedaliere				
Servizi aziendali coinvolti: S.C. Sicurezza Alimentare- S.C. Sanità Animale- S.C. Igiene e Sanità Pubblica				
Partners esterni coinvolti: P.S. Strutture ospedaliere, MMG, PLS				
Modalità e strumenti di comunicazione: Data Base - Sito web aziendale - report periodici				
INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Predisposizione banca dati condivisa nel Dipartimento Prevenzione	-Presenza banche dati delle singole SC	Elaborazione di progetto di cartella condivisa per le SS.CC. del dip prev	Realizzazione di cartella condivisa per le SS.CC. del dip prev	Proposta progetto per la condivisione con i P.S. ed eventuali altre SC delle strutture ospedaliere
Pubblicazione di report periodici	Presenza sul sito ASL 3 genovese report attività ex SC ITAOA ed ex Sc IAN 2011	Selezione dei dati di interesse epidemiologico da divulgare	Elaborazione grafica del modello di report	pubblicazione di report periodici sul sito web aziendale

Responsabile del progetto: Paolo Francesco Bozano, Ines Bianchi, Valter Trebino, Nicola Pellegrino, Claudio Capurro

Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA): Prevenzione di nuove patologie emergenti

(sindromi sgombroidi da consumo di prodotti ittici, patologie legate al consumo del pesce crudo, etc.)

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Vista la tendenza sempre più diffusa da parte della popolazione a consumare prodotti della pesca crudi, considerato che la sindrome sgombroide rappresenta la tossinfezione più frequentemente segnalata dai Pronto Soccorso del territorio (16 casi nel triennio 2010-2012; negli anni 2011-2012 ci sono state 11 segnalazioni del sistema di allerta rapido europeo che hanno coinvolto il ns territorio per prodotti non conformi per alto tenore di istamina), considerato inoltre il fatto che il verificarsi della tossinfezione è spesso correlata alla mancata informazione circa la gestione del pericolo istamina nei prodotti della pesca da parte degli Operatori del settore Alimentare (OSA) della ristorazione pubblica, si propone :

- l'elaborazione di un opuscolo sull'argomento da inserire sul sito della ASL e da consegnare durante gli interventi del controllo ufficiale presso gli OSA coinvolti.
- l'effettuazione di un corso di formazione di 2 ore indirizzati agli stessi con rilascio di un attestato valevole ai fini della formazione prevista dall'Unità informativa B) lett e) della DGR 793/12.

Beneficiari

Target primario: Operatori del Settore Alimentare (OSA): Titolari/Resp. Autocontrollo stabilimenti riconosciuti per lavorazione prodotti ittici - OSA ristorazione pubblica

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: Consumatori

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Riduzione incidenza delle patologie connesse al consumo da consumo di pesce crudo/conservato sia c/o esercizi di ristorazione pubblica che da consumo familiare

(sindromi sgombroidi e segnalazioni dovute al consumo pesce crudo)

Servizi aziendali coinvolti:

S.C. Sicurezza Alimentare

Partners esterni coinvolti:

Associazioni di categoria

Modalità e strumenti di comunicazione:

Opuscoli da consegnare durante il controllo Ufficiale - Incontri diretti con gli OSA della filiera ittica e della ristorazione pubblica

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Produzione opuscolo e corsi	Nessuno	Produzione opuscolo -da consegnare durante il controllo ufficiale -da inserire sul sito aziendale	Programmazione e avvio corsi rivolti a: -gli OSA Titolari/Responsabili Autocontrollo di stabilimenti riconosciuti per lavorazione prodotti ittici -gli OSA della ristorazione pubblica	Corso effettuato ad almeno: - tutti i Titolari/Responsabili Autocontrollo di stabilimenti riconosciuti per lavorazione prodotti Ittici (20 OSA) - gli OSA coinvolti in segnalazioni ed quelli che hanno comunicato di effettuare la somministrazione di pesce crudo

Responsabile del progetto: Lorenzo Stradolini, Cristina Bisso, Cristina Basso, Massimo Molino

Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA): Prevenzione della patologia legata al consumo di alimenti in gravidanza

Breve descrizione dell'intervento realizzato

In letteratura viene riportata, per le donne in gravidanza, una diffusa conoscenza dei possibili pericoli legati alla toxoplasmosi (anche se spesso con differenti e talvolta contrastanti indicazioni rispetto agli alimenti da evitare) e da una spesso totale assenza di informazioni relative ai possibili rischi microbiologici da *Listeria monocytogenes* ed *E. coli* O 157 e ai rischi chimici da metilmercurio e PCB derivanti dal consumo di prodotti di origine animale etc ...

Il Personale della S.C. Sicurezza alimentare propone di fornire una corretta informazione sul consumo degli alimenti in gravidanza .

Prima Fase: individuare i pericoli e gli argomenti che si ritiene meritino attenzione e che necessitano di essere inseriti in eventuali incontri con il personale sanitario interessato (percorso nascita, Ginecologi, MMG, PLS)

Beneficiari

Target primario : Donne in gravidanza

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Ridurre eventuali comportamenti a rischio delle donne in gravidanza per mancanza di una corretta informazione sull'alimentazione in questo periodo

Servizi aziendali coinvolti:

Sicurezza alimentare – Consultori; percorso nascita, Ginecologi, MMG, PLS)

Partners esterni coinvolti:

Modalità e strumenti di comunicazione:

interventi per gli educatori del Percorso Nascita, MMG, PLS, Ginecologi

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Costituzione di un gruppo di lavoro interdipartimentale con gli operatori dei servizi aziendali coinvolti	Non presente	Gruppo costituito		
Revisione delle evidenze di letteratura e individuazione delle priorità per l'Azienda			Elaborazione di un piano specifico inerente la formazione del personale e i protocolli operativi	

Responsabile del progetto

Ersilia D'Aste, Cristina Bisso

9. Prevenzione dei rischi in ambienti di vita e prevenzione degli incidenti stradali e domestici

Analisi del contesto

Nel nostro Paese la tutela dell'ambiente compete ad uno specifico settore della Pubblica amministrazione che ha le sue articolazioni a livello nazionale, regionale e locale: Ministero dell'Ambiente, Assessorati regionali all'ambiente, Agenzie regionali per l'ambiente, Province e Comuni.

Tuttavia bisogna considerare che tra i principali determinanti delle malattie croniche figurano numerosi fattori di tipo ambientale, legati ai modelli di vita e di sviluppo delle nostre società (vedi Capitolo 4: introduzione e paragrafo 4.2).

I rapporti salute-ambiente sono complessi e attengono a processi legati all'inquinamento delle matrici ambientali (aria, acqua, suolo), alle modalità organizzative della vita delle comunità, ai processi produttivi, ai sistemi di trasporto pubblico e privato, alle condizioni di vita negli ambienti confinati ecc.

Il Dipartimento di Prevenzione ed altri Dipartimenti svolgono numerose funzioni nel campo della tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro. Di tali funzioni si parla nei capitoli 7 (Prevenzione malattie trasmissibili), 8 (Sicurezza alimentare e Sanità animale) e 10 (prevenzione dei rischi in ambiente di lavoro).

Ad alcuni problemi di salute legati all'inquinamento e alle problematiche connesse con il settore mobilità-trasporti si è accennato a proposito di progetti relativi alla promozione di sani stili di vita (ad esempio Pedibus: vedi Capitolo 4).

Inoltre il Dipartimento di Prevenzione svolge routinariamente funzioni di vigilanza e controllo relative ad attività produttive di tipo artigianale o industriale.

Nel presente capitolo si farà cenno ad alcune iniziative nell'area della sicurezza stradale, della sicurezza domestica e della prevenzione dei rischi in ambienti di vita.




Area sicurezza stradale

Secondo le stime dell'Oms, ogni anno in tutto il mondo sono 1,2 milioni le persone che muoiono a causa di un incidente stradale e circa 50 milioni quelle che rimangono ferite. Un fenomeno importante anche dal punto di vista economico: si stima, infatti, che l'impatto degli incidenti stradali sia l'1% del Pil nei Paesi a basso reddito, l'1,5% in quelli a reddito medio e il 2% nei Paesi ad alto reddito. Gli incidenti stradali gravano profondamente anche sulle finanze delle singole famiglie, che si trovano a dover affrontare il peso dell'assistenza sanitaria per le eventuali disabilità⁴⁴.

Un terzo degli incidenti sulle strade urbane si concentra nelle grandi città. L'analisi dell'incidentalità stradale nei grandi Comuni italiani rappresenta un elemento di particolare interesse per la lettura del fenomeno nel suo complesso. I dati registrati in queste grandi aree metropolitane, infatti, consentono l'individuazione dei profili di utenza della strada e della natura e gravità degli incidenti, elementi particolarmente utili per una programmazione degli interventi per la sicurezza stradale nelle città⁴⁵.

INCIDENTI STRADALI CON LESIONI A PERSONE, MORTI E FERITI PER CATEGORIA DELLA STRADA NEI GRANDI COMUNI ITALIANI. Anno 2011, valori assoluti, indici di mortalità e variazioni percentuali

GRANDI COMUNI	Strade urbane			Strade extraurbane (a)			Indicatore di variazione % numero dei morti 2011/2001 (c)
	Incidenti	Morti	Indice di mortalità (a)	Incidenti	Morti	Indice di mortalità (b)	
Torino	3.522	29	0,8	53	-	-	↓
Milano	11.349	48	0,4	255	5	2,0	↓
Verona	1.478	13	0,9	128	4	3,1	↓
Venezia	555	9	1,6	192	2	1,0	↓
Trieste	778	2	0,3	38	2	5,3	↓
Genova	4.272	19	0,4	354	2	0,6	↓
Bologna	2.034	18	0,9	228	2	0,9	↓
Firenze	2.897	14	0,5	25	1	4,0	↓
Roma	16.157	139	0,9	2.078	47	2,3	↓
Napoli	2.148	38	1,8	250	5	2,0	↓
Bari	1.797	9	0,5	217	4	1,8	↓
Palermo	2.449	30	1,2	133	3	2,3	↓
Messina	703	10	1,4	174	6	3,4	↓
Catania	1.417	19	1,3	81	4	4,9	↓
Totale	51.556	397	0,8	4.206	87	2,1	-39,0

 Diminuzione del 50% e oltre
  Diminuzione tra il 40 e 50%
  Diminuzione inferiore al 40%

(a) Sono incluse tra le strade extraurbane le strade Statali, Regionali e Provinciali fuori dall'abitato, Comunali extraurbane, Autostrade e raccordi.

(b) L'indice di mortalità è calcolato rapportando il numero dei morti in incidenti stradali e il numero dei veicoli, per categoria di veicolo per 100.

(c) La variazione percentuale è calcolata rispetto all'anno 2001, considerando il totale di strade urbane ed extraurbane $\left(\frac{M^{2011}}{M^{2001}} - 1\right) * 100$

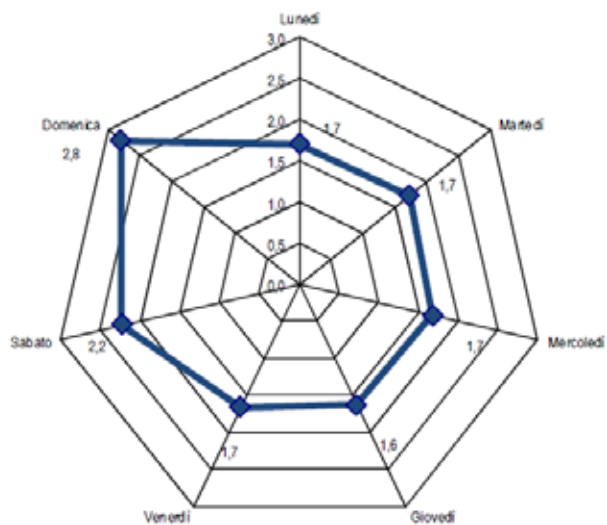
Il venerdì è il giorno della settimana in cui si concentra il maggior numero di incidenti con lesioni a persone (32.121 pari al 15,6% del totale) e di feriti (44.229 pari al 15,1% del totale), mentre il sabato presenta la frequenza più elevata, in termini assoluti, per i decessi (641, pari al 16,6% del totale)

⁴⁴ <http://www.epicentro.iss.it/temi/incidenti/incidenti.asp>

⁴⁵ Rapporto Aci-Istat Incidenti stradali 2011

L'indice di mortalità presenta il valore massimo (2,8 morti ogni 100 incidenti) la domenica, seguita dal sabato (2,2%), mentre raggiunge valori compresi tra 1,6% e 1,7% nei restanti giorni della settimana.

Indice di mortalità per giorno della settimana



(a) Rapporto tra il numero dei morti e il numero degli incidenti con lesioni a persone, moltiplicato 100.

L'alcol di fatto è responsabile di oltre un terzo della mortalità sulle strade⁴⁶ (nella sola provincia di Genova 13 decessi all'anno).

Gli effetti negativi dell'alcol sulla guida sono ben noti. Esso agisce su diverse funzioni cerebrali (percezione, attenzione, elaborazione, valutazione ecc.), con effetti diversi e strettamente correlati alla quantità di alcol presente nel sangue, cioè al tasso alcolemico.

Il tasso alcolemico si misura in grammi di alcol per litro di sangue; un tasso alcolemico di 1g/litro indica quindi che in ogni litro di sangue del soggetto è presente 1 grammo di alcol puro.

Con un tasso di 0,5 g/litro cominciano ad essere compromessi il campo visivo laterale, i tempi di reazione, la resistenza all'abbagliamento, il coordinamento psicomotorio, ed è per questo che il vigente codice della strada prevede sanzioni per chi supera questo limite.

Non è semplice definire come si raggiunge un determinato tasso alcolemico, perché tutto dipende dal meccanismo di diffusione dell'alcol (dallo stomaco al sangue e quindi ai liquidi cellulari del cervello), dal contenuto di alcol delle bevande, dal modo in cui l'alcol viene bevuto, dal sesso e dall'età del soggetto, dalla sua abitudine a bere alcolici. Per tutti questi fattori non è possibile individuare una quantità "sicura" per la guida.

Pur tenuto conto di tutte le cautele sopra indicate, nella figura che segue vengono rappresentate le quantità con cui mediamente si raggiunge il limite legale di 0,5 grammi⁴⁷ di alcol per litro di sangue (gr/l), cioè di alcolemia, alla guida.

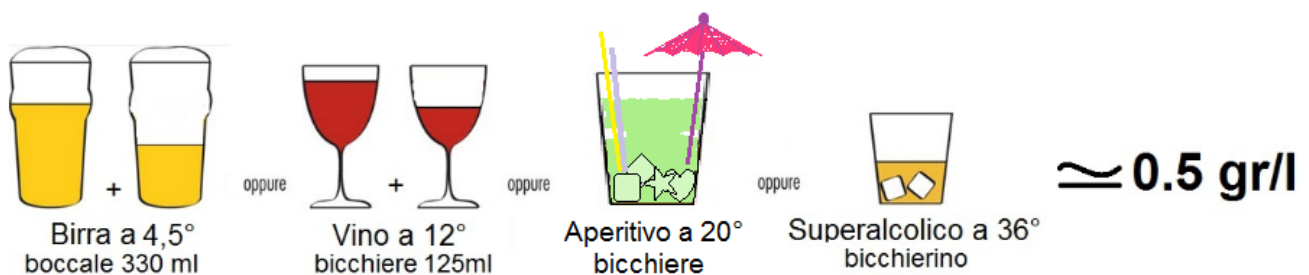


Immagine tratta e modificata dalla campagna "Se guidi non bere" e dall' "Osservatorio Nazionale Alcol"

⁴⁶ http://www.asl3.liguria.it/progetti/passi/pdf/PASSI_Rapporto%202007_2009_GuadagnareSalute_Asl%203Genovese.pdf

⁴⁷ valido per tutti i soggetti esclusi i neopatentati - chi ha meno di 21 anni e chi ha la patente da non più di tre anni - e i conducenti professionali e di autoveicoli per i quali è richiesta la patente di categoria C, D, E, per i quali il limite è 0 gr/l

Indipendentemente da come si implementa il tasso alcolemico il rischio di incidente grave cresce all'aumentare del tasso stesso: fatto pari ad 1 il rischio di quando si è sobri, cresce a 380 quando il tasso alcolemico è pari o superiore a 1,5 g/l: in pratica, l'incidente grave non è più solo molto probabile, ma addirittura quasi sicuro. Ma anche semplicemente con valori compresi tra 0,5 e 0,9 g/l il rischio è 11 volte superiore.

In Asl 3 Genovese, considerando chi ha dichiarato di aver sia guidato che bevuto nell'ultimo mese, la percentuale di coloro che riferiscono di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto almeno due unità alcoliche è pari all'11%.

Nel 2008 e 2009 in alcune regioni e province autonome è stato somministrato un modulo opzionale di approfondimento sulla sicurezza stradale, riguardante i controlli da parte delle Forze dell'Ordine e l'uso dei dispositivi di protezione individuale (seggiolini o adattatori) da parte dei minori di 14 anni (complessivamente 13.400 interviste raccolte in Valle d'Aosta, Prov. Aut. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio).

In questa parte di rapporto sono stati confrontati i risultati di Asl 3 Genovese, Liguria e Pool PASSI relativi all'anno 2009.

- In Asl 3 Genovese circa il 33% degli intervistati ha dichiarato di essere stato fermato dalle Forze dell'ordine – da guidatore o da passeggero – nel corso dell'ultimo anno.
- Nelle persone fermate – come guidatore o passeggero – i controlli sono stati in media 2 negli ultimi 12 mesi.
- Solo il 13% dei fermati ha riferito che il guidatore fermato è stato sottoposto anche all'etilotest.
- La percentuale di persone che hanno dichiarato l'effettuazione di un controllo con etilotest appare maggiore nei più giovani: il 36% nei 18-24enni, il 14% nei 25-34enni, il 7% nei 35-49enni e il 9% nei 50-69enni.
- Nella nostra Asl il dispositivo di protezione individuale ai minori di 14 anni viene fatto indossare “sempre” nel 94% dei casi, “spesso” nel 3% e “raramente” nel restante 3% dei casi.
- Circa la metà degli intervistati – nel cui nucleo familiare è presente un minore sotto ai 14 anni – ha riferito di aver visto/sentito campagne informative o pubblicitarie sull'uso corretto dei dispositivi.

Dall'informazione all'azione: le schede progetto

"Guida informato, guida sicuro!"

Breve descrizione dell'intervento da realizzare:

Nel 2012 sono state effettuate dalla Commissione provinciale 1023 revisioni della patente per violazione art. 186 del Codice della Strada (guida in stato di ebbrezza) e 125 revisioni per violazione art. 187 (guida sotto l'effetto di stupefacenti). Queste cifre riguardano soggetti provenienti sia dalla ASL 3 sia dalla ASL 4.

Il progetto consiste nell'integrare l'attuale protocollo previsto dalla Commissione. con l'inserimento, in aggiunta ai controlli bioumorali, tossicologici ed alle visite alcolologica e tossicologica, di una valutazione, tramite questionario elaborato ad hoc, della consapevolezza dei rischi connessi con la guida in stato di ebbrezza e/o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti. Le domande formulate nel questionario faranno riferimento ad un opuscolo informativo che verrà consegnato ai soggetti in occasione del primo contatto presso gli ambulatori Ser.T. richiesto per la revisione dell'idoneità alla guida. Il personale infermieristico coinvolto fornirà tutte le informazioni ed i chiarimenti relativi all'utilità di tale intervento, invitando i soggetti coinvolti a diffondere tali informazioni in ambito familiare e nel gruppo dei pari (amici, colleghi di lavoro, ecc.).

Elaborazione degli strumenti necessari al progetto:

- o un opuscolo informativo con nozioni di fisio-patologia della guida in relazione all'uso di alcol e/o sostanze stupefacenti e di note essenziali aggiornate riguardanti le norme del C.d.S. e le sanzioni conseguenti alla loro violazione
- o un questionario che dia la misura della consapevolezza raggiunta riguardo al problema alcol/sostanze e guida

Beneficiari

Target primario: Soggetti sottoposti ad accertamenti per revisione della patente di guida per violazione Art. 186 e Art. 187 del C.d.S.

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: Familiari, gruppo dei pari (amici, colleghi di lavoro, ecc.)

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Intervento di prevenzione secondaria finalizzato ad accrescere la consapevolezza dei rischi connessi con la guida in stato di ebbrezza e/o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti in quei soggetti che sono già incorsi nella violazione del C.d.S., al fine di evitare le recidive. Fornire uno strumento cartaceo di diffusione del concetto di guida sicura in relazione all'uso di alcol e sostanze stupefacenti attraverso il "passa parola" di informazioni corrette sugli effetti psico-fisici delle sostanze e delle conseguenze legali previste dalla attuale Legislazione.

Servizi aziendali coinvolti: U.O. Ser.T. Distrettuali

Partners esterni coinvolti:

Modalità e strumenti di comunicazione: sito aziendale, iniziative della S.S. Relazioni Esterne per far conoscere il progetto del PAP

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero soggetti a cui viene somministrato il questionario e consegnato l'opuscolo nel corso delle procedure di revisione della patente per violazione art. 186		Circa 350	Circa 700	Circa 700
Numero soggetti a cui viene somministrato il questionario e consegnato l'opuscolo nel corso delle procedure di revisione della patente per violazione art. 187		Circa 40	Circa 80	Circa 80

Responsabile del progetto

Elena Ducci - S.C. Ser.T. Centro-Levante, Giorgio Schiappacasse – S.C. Ser.T. Ponente

Referente del progetto

Giuseppe Varagona

Sulla strada pensa a te e agli altri

(vincitore progetto Formez anno 2008)

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Realizzazione di depliant informativi per adolescenti in procinto di conseguire il patentino o la patente di guida per motocicli o autoveicoli, volti alla prevenzione degli incidenti stradali in relazione all'uso di alcol e sostanze stupefacenti (sulla strada pensa a te e agli altri)

Questi materiali vengono utilizzati in manifestazioni rivolte ai giovani (Orientamenti), nel corso di interventi di prevenzione nelle scuole Medie Superiori, nell'ambito dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi ai sensi dell'art. 121 del DPR 309/90 e in tutti i programmi terapeutici indirizzati ai giovani (messa alla prova ecc)

Progetto realizzato in collaborazione da ASL 3 genovese (SERT -SS -RELAZIONI ESTERNE-URP) e Comune di Genova (Assessorato alla città sicura).

Beneficiari

Target primario giovani dai 14 ai 24 anni

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: servizi sanitari ASL 3 – Servizi per le tossicodipendenze – polizia municipale Comune di Genova – Scuole Medie Superiori presenti sul territorio del Comune di Genova- Nucleo Operativo Tossicodipendenze Prefettura di Genova

Servizi aziendali coinvolti: SERT – SS- Relazioni Esterne- URP

Partners esterni coinvolti : Assessorato alla città sicura – Comune di Genova

Modalità e strumenti di comunicazione: sito aziendale, iniziative della S.S. Relazioni Esterne per far conoscere il progetto del PAP

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Materiale prodotto e distribuito (opuscoli informativi)	Dal 2012 n° 5000 depliant	N° 2000 depliant	N° 2000	1000
Contatti per consultazione	N° 100	N°200	N°200	300
Richiesta materiale dai vari settori	N°1000	N° 2000	N°2000	N°2000

Responsabile del progetto

Elena Ducci

Giorgio Schiappacasse

Referente del Progetto

Cinzia Colombani

Prevenzione e presa in carico della Sindrome delle Apnee Notturne

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Razionale: è ampiamente documentato ed accettato scientificamente che l'OSAS (sindrome delle Apnee Notturne) sia la causa medica con il più alto rischio di incidenti stradali e che il suo trattamento con ventilazione notturna a pressione positiva (CPAP) abbatte tale rischio a valori comparabili a quelli dei soggetti sani. La prevalenza di Osas nella popolazione si aggira attorno al 2-4% e numerosi sono i fattori predisponenti riconosciuti nell'aggravare tale patologia (incremento ponderale, fumo, uso di alcolici).

Il progetto si propone

- la **presa in carico dei pazienti** affetti da Sindrome delle Apnee Notturne (OSAS) dalla screening ambulatoriale sul territorio (ambulatori specialistici di primo livello Dott.ssa Serra Dott.ssa Daneri Amb. Pneumologia ove i pazienti potranno eseguire un primo accertamento ambulatoriale e saturimetria notturna) alla diagnosi e prescrizione di terapia ventilatoria (eseguita presso un centro del Sonno di secondo Livello Osp La Colletta Arenzano Pneumologia Riabilitativa ove si eseguono Poligrafie notturne e Follow-up annuale del paziente) . Si propone la creazione di un **percorso multidisciplinare** sia per la diagnostica (collaborazione e consulenza Neurologica -Dott.ssa Tognetti-Dietologica –Dott.ssa Salani) che per risposta terapeutica alternativa alla ventilazione notturna (valutazione ORL per eventuale intervento ORL) .
- Inoltre il progetto si prefigge la creazione di un **counseling infermieristico** dedicato al paziente ed ai suoi familiari per la conoscenza della patologia ; indicazioni sul corretto stile di vita (dimagrimento cessazione fumo) ed alla gestione del ventilatore e della maschera ventilatoria. Somministrazione di **Questionari specifici sulla sonnolenza (ESS)** prima e dopo il trattamento terapeutico. Tutto ciò avviene tramite un corso dedicato durante il ricovero Ospedaliero per Valutazione di Disturbi respiratori del Sonno.

La corretta diagnosi la creazione di un percorso multidisciplinare , il coinvolgimento del paziente e dei familiari avrebbe un grande vantaggio in termini di prevenzione sulle rilevanti conseguenze in termine di prevenzione cardiovascolare e di incidenti stradali e sul lavoro consentendo un incremento in anni di vita e di vita in buona salute riducendone la conseguente disabilità cronica.

Beneficiari

Target primario : pazienti affetti da disturbi Respiratori del Sonno

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Riduzione della Sonnolenza diurna ed alla guida

Servizi aziendali coinvolti: Osp La Colletta Arenzano Div Pneumologia Riabilitativa, Pneumologia Territoriale Dott.ssa Serra, Div. Fisiatria Dott Baratto (Dott.ssa Tognetti).Dott.ssa Salani Dietologia , Dott.ssa Protosido (Cardiologia Riabilitativa)

Partners esterni coinvolti:

Modalità e strumenti di comunicazione:

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Visite ambulatoriali di primo livello	20 pazienti al mese	30 pazienti al mese	Mantenimento previa valutazione	Mantenimento previa valutazione
Counselling infermieristico	0	1 seduta settimanale	Mantenimento previa valutazione	Mantenimento previa valutazione
Follow-up annuale con somministrazione di Questionari specifici sulla sonnolenza	0	30	Mantenimento previa valutazione	Mantenimento previa valutazione

Responsabile del progetto: Simonetta Venturi Osp La Colletta Div Pneumologia Riabilitativa (Centro Disturbi Respiratori Del Sonno)

Ripara ed impara

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Collaborazione con l'ARCAT al progetto sperimentale di sostituzione della pena con prestazione di un'attività non retribuita a favore della collettività ai sensi dell'art. 186 c. 9 bis "codice della strada"

Beneficiari

Target primario : Soggetti con pena da scontare ai sensi dell'art. 186 c.9 bis "codice della strada"

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva : avvocati, magistrati, operatori SERT, autoscuole, associazioni di volontariato aderenti al progetto

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Riduzione del rischio di recidiva, aumento della consapevolezza e miglioramento della sicurezza in comunità

Servizi aziendali coinvolti:

Rete Alcolologica Ser.T.

Partners esterni coinvolti:

Arcat Liguria e tutte le associazioni di volontariato che hanno aderito al progetto fornendo la possibilità dello svolgimento di attività socialmente utili

Modalità e strumenti di comunicazione:

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di soggetti con pena da scontare ai sensi dell'art. 186 c.9 bis "codice della strada"	0	100	200	300
Numero delle associazioni che hanno aderito al progetto	10	15	20	30

Responsabile del progetto

Cinzia Colombani

Pedibus: percorsi sicuri casa scuola

Per la scheda vedi capitolo 4: Promozione di sani stili di vita

Area sicurezza domestica

Il rischio di incorrere in un incidente domestico è generalmente sottovalutato, in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo sicuro per eccellenza. Eppure gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico). Il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano.

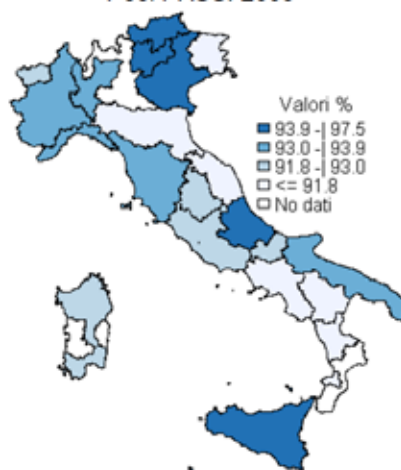
Passi rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. In Italia si stimano ogni anno circa un 1.7 milioni di accessi al Pronto Soccorso, 130 mila ricoveri e 7.000 decessi da incidente domestico.

In Liguria durante l'anno 2009 si sono registrati 17591 accessi al Pronto Soccorso per incidente domestico. (Datawarehouse regionale, 2009)

In Asl 3 Genovese la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 92% degli intervistati del Sistema di sorveglianza PASSI⁴⁸ ha dichiarato, infatti, di considerare questo rischio basso o assente e poco più del 20% degli intervistati ricorda di aver ricevuto informazioni, negli ultimi 12 mesi, per prevenire gli infortuni domestici (opuscoli, mass media, operatori tecnici o sanitari).

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico (%)

Pool PASSI 2009



Dall'informazione all'azione: le schede progetto

Gruppi di cammino

Per la scheda vedi capitolo 4: Promozione di sani stili di vita

Prevenzione cadute a domicilio: elaborazione di un opuscolo informativo rivolto ai familiari e caregiver afferenti ai servizi distrettuali di cure domiciliari

Per la scheda vedi capitolo 6: Prevenzione delle complicanze delle malattie croniche in un contesto di gestione integrata

⁴⁸ http://www.asl3.liguria.it/progetti/passi/pdf/Rapporto_regione_Liguria2009.pdf

Interventi sulla prevenzione dell'osteoporosi e delle cadute nella persona anziana

Per la scheda vedi capitolo 6: Prevenzione delle complicanze delle malattie croniche in un contesto di gestione integrata.

Interventi di prevenzione degli incidenti domestici nei bambini

Nel territorio della Asl 3 Genovese i Pediatri di libera scelta svolgono attività di prevenzione degli incidenti domestici nell'ambito dei "Bilanci di salute".

Di particolare rilevanza, anche per l'importante campagna educativa e di comunicazione attivata, sono gli interventi per la prevenzione del soffocamento da ingestione di corpo estraneo.

Di questi ed altri interventi si renderà conto in maniera più dettagliata nei successivi aggiornamenti del presente Piano, che faranno seguito al coinvolgimento sempre più completo dei portatori di interesse (vedi paragrafo 1.4), nello spirito di realizzare un processo di programmazione partecipata aperta al contributo di tutte le risorse presenti nella comunità.

Area prevenzione dei rischi in ambienti di vita

La L.R.20/99 “Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e socio sanitari, pubblici e privati. Recepimento del D.P.R.14 gennaio 1997” prevede all’art.8 la verifica periodica, da parte della Commissione comunale ex art.5 composta da dirigenti medici del Dipartimento di prevenzione e degli altri Dipartimenti interessati, del perdurare dei requisiti in tutte le strutture autorizzate, quindi anche in quelle che ospitano anziani.

Implementazione di una scheda multidisciplinare ed interistituzionale nell’attività di vigilanza ordinaria nelle strutture sociali, sociosanitarie e sanitarie che ospitano persone anziane

Breve descrizione dell’intervento realizzato

Analisi di contesto: La S.C. I.S.P. effettua periodicamente, con gli altri componenti della Commissione, sia appartenenti alla ASL sia appartenenti ai Comuni (esperti sociali), la vigilanza sulle strutture sopra indicate, con lo scopo di accertare il perdurare dei requisiti autorizzativi e la conformità alle normative vigenti, a garanzia di una adeguata assistenza offerta all’ospite. Tale verifica comporta da parte del personale in vigilanza la valutazione di aspetti igienico sanitari, assistenziali e sociali, con il coinvolgimento degli operatori presenti e spesso degli stessi gestori. Attualmente non esiste uno strumento unico, condiviso, che consenta una raccolta omogenea dei dati per la valutazione qualitativa dell’assistenza all’anziano.

Azioni: Per favorire l’azione sinergica delle varie componenti che effettuano la vigilanza e quindi orientarsi verso una visione completa dell’assistenza all’ospite che non trascuri alcun aspetto, si ritiene utile l’implementazione di una scheda socio sanitaria, condivisa tra Enti, da utilizzare nel corso delle attività ispettive nelle strutture sociali, socio sanitarie e sanitarie, residenziali e semiresidenziali, destinate ad ospiti anziani.

Sono previste alcune fasi in successione cronologica:

- costituzione del gruppo interdisciplinare interistituzionale
- incontri preparatori tra Comune Direzione Politiche Sociali ed ASL3 Genovese S.C. Igiene e Sanità Pubblica e S.C. Assistenza Geriatrica
- predisposizione di scheda condivisa, quale nuovo strumento
- presentazione del nuovo strumento operativo al personale che effettua l’attività di vigilanza
- avvio di una fase sperimentale di tre mesi
- incontro con il personale per la sintesi delle osservazioni emerse in fase sperimentale e modifica della scheda , se necessario
- implementazione del nuovo strumento nell’attività di vigilanza ordinaria

Beneficiari Target primario: ospiti anziani di strutture residenziali o semiresidenziali Target secondari e moltiplicatori dell’azione preventiva

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Finalità generali: migliorare la qualità dell’assistenza all’ospite nelle strutture autorizzate sia convenzionate che private.

Obiettivi specifici di processo: uniformare e migliorare l’attività di vigilanza effettuata in tutte le strutture per l’accoglienza di ospiti anziani, site nel Comune di Genova, rendendo agevole ed uniforme la verifica del perdurare dei requisiti. Si prevede nel 2013 vigilanza ordinaria in circa trenta strutture.

Obiettivi specifici di salute o di esito: migliorare la qualità dell’assistenza all’ospite anziano accolto in strutture residenziali o semiresidenziali, favorendo il rispetto nel tempo dei requisiti posseduti in fase autorizzativa e l’adozione da parte del personale di atteggiamenti consapevoli e responsabili

Servizi aziendali coinvolti: Gruppo di progetto multiprofessionale e multidisciplinare: sono interessati al progetto la S.C. Igiene e Sanità Pubblica e la S.C. Assistenza Geriatrica

Partners esterni coinvolti: Comune di Genova, Direzione Politiche Sociali

Modalità e strumenti di comunicazione: non previste

INDICATORI	VALORE DELL’INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Numero di schede compilate/numero vigilanze ordinarie effettuate	0%	90%	Mantenimento	Mantenimento

Responsabile del progetto
Alessandra Robotti
Lorenzo Sampietro

10. Prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro

10.1 Analisi del contesto

Il rapporto annuale 2010 dell'INAIL⁴⁹ descrive il 2010 come l'anno in cui - per la prima volta dal dopoguerra - la soglia dei morti sul lavoro è scesa sotto i mille casi.

La fotografia al 30 aprile 2011 conferma le stime preliminari effettuate a ridosso della chiusura dell'anno: 15mila infortuni in meno nel 2010 rispetto al 2009 e un numero di decessi che nel nostro Paese, per la prima volta dal dopoguerra, scende sotto i mille casi. In sintesi:

- 775mila infortuni avvenuti e denunciati all'INAIL, in calo dell'1,9 per cento rispetto ai 790mila del 2009;
- 980 morti sul lavoro, in calo del 6,9 per cento rispetto ai 1.053 dell'anno precedente.

Il calo nel 2010 non rappresenta un risultato scontato, nonostante il trend in diminuzione già osservato negli ultimi anni. Il confronto, infatti, è con il 2009, un anno di calo record per gli infortuni, dovuto anche al picco della grave crisi economica e occupazionale che ha colpito l'Italia e il mondo intero. Il calo infortunistico 2009-2008 (-9,7%) si presentava comunque come la diminuzione più alta dell'ultimo quindicennio, anche stimando in circa un terzo della diminuzione complessiva il contributo della crisi occupazionale.

Era piuttosto da temere che per una sorta di "effetto-rimbalzo" la contrazione si risolvesse in una ripresa del fenomeno infortunistico, con un riallineamento ai livelli più consolidati degli anni precedenti.

Così non è stato e la diminuzione degli infortuni nel 2010 dell'1,9 per cento, pur in un certo perdurare della crisi, rappresenta un risultato di particolare rilievo e si può comunque stimare che il calo "reale" (al netto dell'effetto della perdita di quantità di lavoro svolta) sia stato superiore all'1% per gli infortuni in generale e al 6% per quelli mortali.

In queste cifre non rientrano gli infortuni dei cosiddetti lavoratori "in nero" di cui l'INAIL non viene a conoscenza. L'Istat ha recentemente diffuso le stime per il 2009 del lavoro sommerso: quasi 3 milioni di unità di lavoro. Partendo da questi dati, gli infortuni dei lavoratori in nero vengono periodicamente stimati anche dall'INAIL. Per il 2009 si tratta di circa 165mila infortuni "invisibili" rientranti, per lo più, in un range di gravità medio-lieve (175mila era stata l'analoga stima per il 2006).

Un primo, importante, distinguo è costituito dalla modalità dell'evento, individuando i casi "in occasione di lavoro" (avvenuti all'interno del luogo di lavoro, nell'esercizio effettivo dell'attività) e quelli "in itinere" (verificatisi al di fuori del luogo di lavoro, nel percorso casa-lavoro-casa e causati nella maggior parte dei casi, ma non esclusivamente, dalla circolazione stradale). Questi ultimi hanno conosciuto nel 2010 la riduzione maggiore (-4,7%). Contenuta invece all'1,5% la riduzione degli infortuni "in occasione di lavoro", che rappresentano circa il 90% del complesso delle denunce.

Da segnalare la recrudescenza (+5,3%) degli infortuni occorsi ai lavoratori per i quali la strada rappresenta l'ambiente di lavoro ordinario (autotrasportatori merci, autotrasportatori di persone, rappresentanti di commercio, addetti alla manutenzione stradale, ecc.). I casi sono passati dai 50.969 del 2009 ai 53.679 del 2010, il valore più alto dal 2005, primo anno di rilevazione strutturale e completa del dato.

⁴⁹ <http://www.inail.it/repository/ContentManagement/node/N543222922/RapportoAnnuale2010%20DEFINITIVISSIMO.pdf>

INFORTUNI avvenuti negli anni 2009-2010 per modalità di evento

Modalità di evento	Infortuni in complesso			Casi mortali		
	2009	2010	Var. %	2009	2010	Var. %
In occasione di lavoro	697.075	686.745	-1,5	779	736	-5,5
di cui:						
- Ambiente di lavoro ordinario (fabbrica, cantiere, terreno agricolo, ecc.)	646.106	633.066	-2,0	471	440	-6,6
- Circolazione stradale (autotrasportatori merci/personone, commessi viaggiatori, addetti alla manutenzione stradale, ecc.)	50.969	53.679	5,3	308	296	-3,9
In itinere (percorso casa-lavoro-casa)	93.037	88.629	-4,7	274	244	-10,9
Totale	790.112	775.374	-1,9	1.053	980	-6,9

INFORTUNI 2009-2010 per i rami e i principali settori di attività economica

Rami/Settori di attività	Infortuni in complesso			Casi mortali		
	2009	2010	Var. %	2009	2010	Var. %
Agricoltura	52.665	50.121	-4,8	128	115	-10,2
Industria	296.381	282.338	-4,7	487	440	-9,7
di cui:						
Costruzioni	81.487	71.421	-12,4	229	215	-6,1
Metallurgia	38.240	36.868	-3,6	74	46	-37,8
Meccanica	20.612	19.942	-3,3	18	16	-11,1
Servizi	441.066	442.915	0,4	438	425	-3,0
di cui:						
Trasporti	61.634	58.797	-4,6	122	134	9,8
Commercio	71.358	68.306	-4,3	99	73	-26,3
Personale domestico	3.925	4.931	25,6	4	4	0,0
Totale	790.112	775.374	-1,9	1.053	980	-6,9

INFORTUNI AVVENUTI negli anni 2009-2010 per ripartizione geografica

Ripartizione geografica	Infortuni in complesso			Casi mortali		
	2009	2010	Var. %	2009	2010	Var. %
Nord-Ovest	226.850	223.875	-1,3	270	229	-15,2
Nord-Est	246.872	242.954	-1,6	218	226	3,7
Centro	160.232	157.354	-1,8	221	200	-9,5
Mezzogiorno	156.158	151.191	-3,2	344	325	-5,5
Italia	790.112	775.374	-1,9	1.053	980	-6,9

L'analisi settoriale mostra che il calo si concentra in Agricoltura (-4,8%) e nelle attività industriali (-4,7%), mentre nei Servizi si riscontra un lieve aumento (+0,4%). Tra le attività industriali, più colpite dalla crisi economica, le Costruzioni si distinguono per un elevato calo degli infortuni (-2,4%) a fronte di un andamento occupazionale non particolarmente penalizzante (-0,7%); Nei Servizi la mancata diminuzione degli infortuni è da ascrivere praticamente a tre settori: il Personale addetto ai servizi domestici (colf e badanti, +25,6%), l'Istruzione (+17,7%) e, più consistente in termini assoluti (quasi 1.500 casi in più rispetto al 2009), gli Altri servizi pubblici (in cui rientrano, ad esempio, lo smaltimento-rifiuti e le lavanderie) col +4,0%.

La promozione della cultura della sicurezza in ambito lavorativo e la corretta percezione dei rischi sono fattori importanti nel processo di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, riconosciuti dagli ultimi Piani Sanitari Nazionali e dal DPCM 17/12/2007, che recepisce il Patto Stato-Regioni per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro.

Il Sistema di sorveglianza PASSI ha realizzato, nel 2010-2011, un modulo opzionale dedicato alla salute negli ambienti di lavoro a cui hanno aderito 17 Regioni/PA: nel 2010 Valle d'Aosta, Lombardia, P. A. di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Campania e Puglia; nel 2011 si sono aggiunte Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna.

Il modulo è stato somministrato agli intervistati che hanno riferito di lavorare (66% del campione); di questi il 94,5% ha dichiarato di aver un lavoro continuativo e il 5,5% non continuativo. Le analisi sono state fatte su 1866 interviste. Gli obiettivi sono stati:

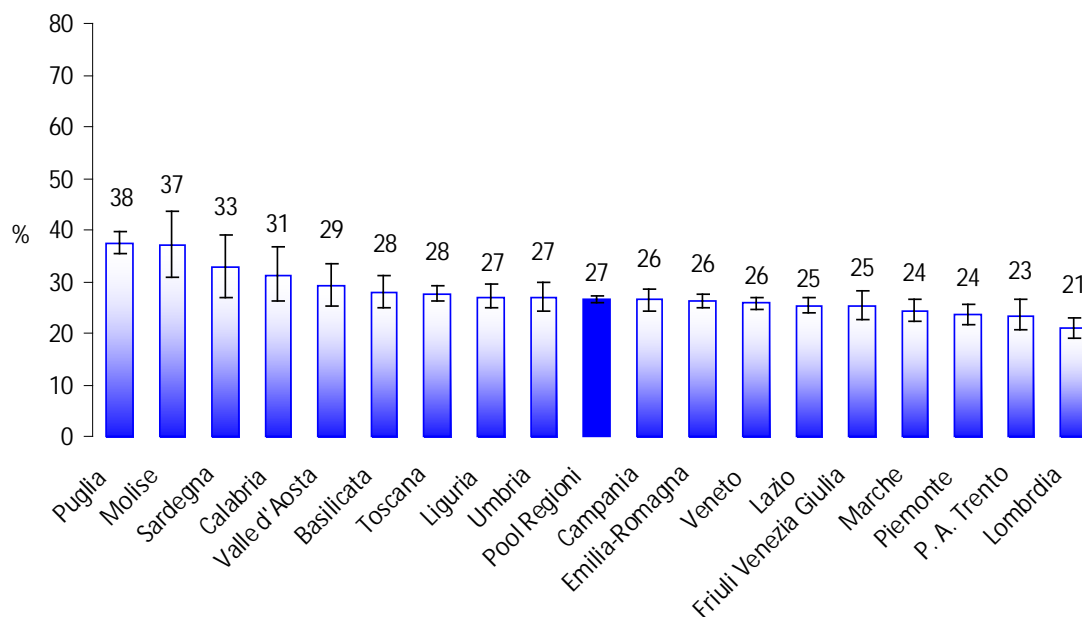
- Valutare la percezione del rischio di infortunio e malattie legate al lavoro
- Valutare se e come sono state fornite ai lavoratori informazione e formazione sulla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali
- Valutare l'uso dei dispositivi di protezione individuale

nei seguenti settori di interesse: agricoltura, metalmeccanica, edilizia, sanità, trasporti, industria del legno e della carta.

I risultati sono i seguenti:

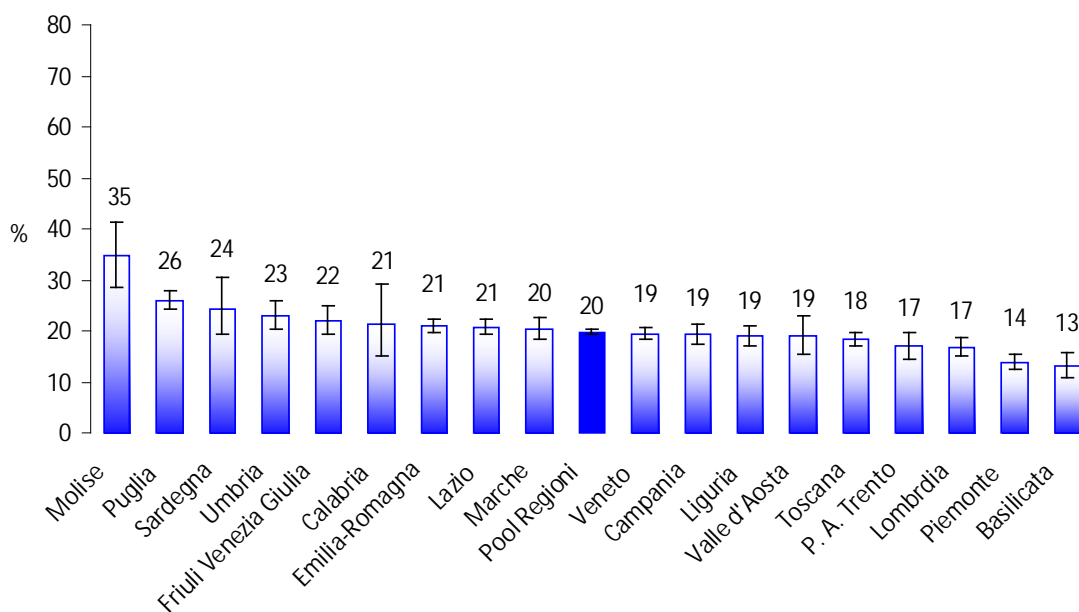
Percezione del rischio di subire un infortunio sul lavoro alta/molto alta per Regione (%)

Pool di Regioni, PASSI 2010-11



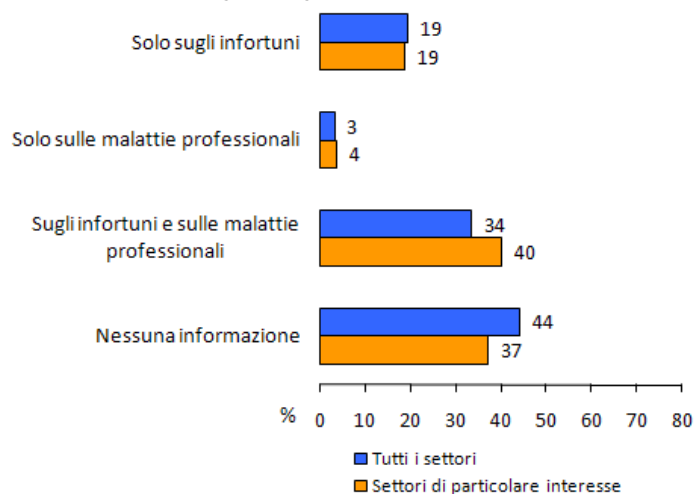
Percezione del rischio di contrarre una malattia legata al lavoro alta/molto alta per Regione (%)

Pool di Regioni, PASSI 2010-11



Aver ricevuto informazioni su come prevenire gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (%)*

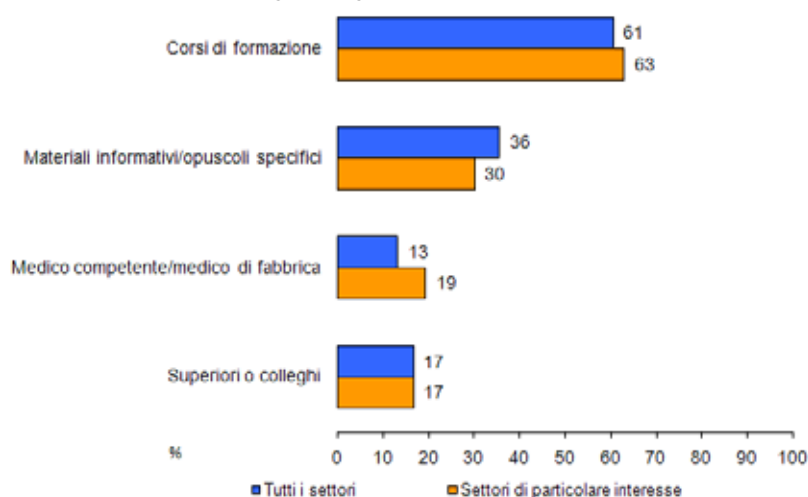
Regione Liguria, PASSI 2010-11



* esclusi i non so (pari al 1,3% in tutti i settori e all'0,8% nei settori di interesse)

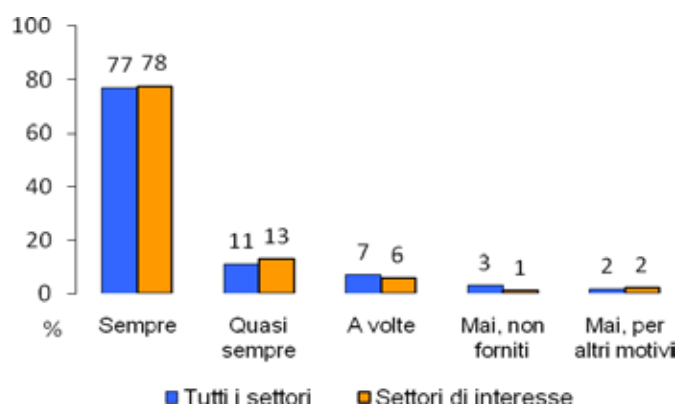
Come e da chi sono state date le informazioni (%)

Regione Liguria, PASSI 2010-11



Uso dei dispositivi di protezione individuale (%)*

Regione Liguria, PASSI 2010-11



* esclusi gli intervistati che hanno riferito che il proprio lavoro non ne richiede l'uso e i non so (pari al 1,4% in tutti i settori e all'0,5% nei settori di interesse)

La struttura aziendale Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

La struttura complessa PSAL, articolazione del Dipartimento di Prevenzione, nasce con la finalità istituzionale di garantire la salute e la sicurezza della comunità lavorativa e la salubrità degli ambienti di lavoro attraverso l'esercizio delle funzioni di controllo, vigilanza e di promozione della salute, perseguendo lo scopo generale di favorire il benessere nei luoghi di lavoro. Ciò si realizza, prevalentemente, rendendo gli attori aziendali maggiormente consapevoli dello spirito della norma indirizzandoli verso una applicazione della stessa non meramente formale.

A tal fine la struttura PSAL dispone di più professionalità che consentono di affrontare, in modalità multidisciplinare, ma coordinata, le emergenze vecchie e nuove che il mondo del lavoro nella sua continua evoluzione, impone. Così nuovi rischi vanno ad integrare e sostituire quelli "storici" in relazione alle variazioni produttive ed alle modalità organizzative del lavoro, mentre modifiche sociali anagrafiche e di genere della popolazione lavorativa concorrono a complicare i summenzionati fattori.

Il contesto lavorativo italiano, in tema di infortuni, pur evidenziando una sostanziale riduzione numerica, in ragione dei miglioramenti tecnologici e grazie anche al recepimento della normativa di origine comunitaria, più stringente in tema di sicurezza, non ha ancora raggiunto livelli socialmente accettabili.

Un capitolo a sé stante è invece quello delle malattie professionali per le quali l'incremento sembra doversi rapportare più con una precedente situazione di sottonotifica e di maggior conoscenza del ruolo causale del lavoro nell'insorgenza delle malattie che non di un reale incremento dei casi.

Proprio partendo dalle conoscenze epidemiologiche, grazie ai dati oggi disponibili e ad una miglior collaborazione tra tutti gli enti pubblici che a diverso titolo di tali informazioni sono in possesso, i decisori istituzionali hanno licenziato sia a livello nazionale che regionale, specifici piani di prevenzione che condizionano e indirizzano le attività dei servizi deputati alla tutela della salute sul lavoro; ciò pur in assenza di un vero documento strategico nazionale che, ad oggi, è ancora in fieri.

Alcuni di questi piani di intervento, in particolare quello dell'edilizia e quello dell'agricoltura, costituiscono un obbligo di carattere nazionale mentre, pur rimanendo all'interno delle linee programmatiche generali, a livello periferico, sono stati elaborati programmi di intervento basati su priorità la cui valenza assume particolare significato nei contesti regionali.

Partendo da tali presupposti la struttura PSAL oltre ad esercitare le "ordinarie funzioni" nelle modalità e nei termini programmati è anche attiva su quattro progetti regionali.

Sempre in continuità con la summenzionata progettualità e ad ulteriore integrazione della stessa, vengono proposti per il Piano Aziendale due linee progettuali; una volta alla miglior comprensione del settore delle tecnopatie emergenti, l'altra rivolta alla riduzione del fenomeno infortunistico nel settore portuale.

Per quanto riguarda le malattie professionali, come in precedenza ricordato, l'ASL 3 collabora al database nazionale MAL PROF; pertanto, già a partire dal 2004 si è dotata di uno strumento informatico che consente di elaborare dati in relazione alle proprie esigenze ed in funzione di diverse variabili e renderli confrontabili con altre realtà nazionali.

Per quanto riguarda l'impegno ASL per il porto di Genova è opportuno precisare che sin dalla sua costituzione il servizio PSAL ha costituito, unico caso nel panorama dei servizi italiani, un ufficio dedicato esclusivamente al settore portuale. Nel corso degli anni, anche a seguito di un protocollo prefettizio, tale ufficio ha assunto il ruolo di coordinamento dei vari enti che svolgono attività nel campo della salute e sicurezza portuale, rivolgendo particolare attenzione a quelle funzioni sia di approfondimento scientifico dei fenomeni che di sviluppo della cultura della sicurezza in relazione ai quali era stato progettato.

10.2 Dall'informazione all'azione: le schede progetto:

Analisi delle patologie muscolo scheletriche nell'attività lavorativa

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Dall'analisi delle segnalazioni di MP pervenute ai nostri uffici negli ultimi anni si è osservato un incremento delle segnalazioni di malattie professionali muscoloscheletriche (dal 17% del 2007 al 37% del 2009) che si dettaglia nel prosieguo:

nel 2009 su un totale di 283 Malattie Professionali (MP) le muscoloscheletriche erano 108 (37%) di cui: 58 rachide e 50 arti superiori

nel 2010: su un totale di 217 MP le muscoloscheletriche erano 80 (37%) di cui: 53 rachide e 27 arti superiori

nel 2011: su un totale di 219 MP le muscoloscheletriche diventano 97 (44%) di cui 61 relative al rachide.

Il contesto delle malattie muscoloscheletriche riveste pertanto un particolare interesse proprio in relazione al livello assoluto e relativo di casi in continuo aumento rispetto alle patologie "storiche" della Medicina del Lavoro.

Ne è derivata l'opportunità di costruire una base di dati relativa alle malattie muscoloscheletriche, a partire dal sistema di registrazione Mal PROF

(progetto nazionale della banca dati ex ISPESL cui la scrivente ASL aderisce) al fine di ottimizzare le azioni di prevenzione e vigilanza. In particolare ci si propone di analizzare la congruità tra le valutazioni del rischio effettuate dalle aziende ed i provvedimenti di prevenzione attuati per il contrasto delle malattie patologie muscolo scheletriche.

Beneficiari

Lavoratori, Medici Competenti, Operatori della Prevenzione, Datori di Lavoro

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Prevenzione nei settori/aziende nei quali la malattia professionale insorge in una popolazione prevalentemente ancora attiva utilizzando i dati che sono pervenuti al servizio PSAL dal 2009 al 2011. La selezione fornirà un estratto di situazioni nelle quali vi è significativa presenza di patologie muscolo scheletriche per le quali sarà valutata sia l'adeguatezza della modalità con cui si è valutato il rischio sia l'efficacia delle azioni preventive concretamente attuate

Servizi aziendali coinvolti:

medici e personale tecnico PSAL

Partners esterni coinvolti:

Datori di lavoro, medici competenti, operatori della prevenzione, lavoratori

Modalità e strumenti di comunicazione:A conclusione del processo conoscitivo e valutativo le informazioni saranno utilizzate per indirizzare le attività proprie della scrivente struttura sia in termini di vigilanza che di informazione ed assistenza rivolte a datori di lavoro, medici competenti ed operatori della prevenzione.

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Produzione elenco casi dal 2009 al 2011 delle malattie muscolo scheletriche	individuazione dei dati da elaborare (su circa 300 segnalazioni)	definizione di un elenco che estrae i casi di interesse suddivisi per settori ed aziende.		
Verifica della relazione tra patologia e mansione, verifica della coerenza della sorveglianza sanitaria con i rischi, verifica dell'efficacia delle misure preventive.			relazione sul 50% dei casi attraverso l'analisi della coerenza con : i rischi, il protocollo sanitario, la relazione tra patologia e mansione, l'efficacia dei provvedimenti attuati	totalità dei casi

Responsabile del progetto Attilio Businelli

Prevenzione Infortuni nel lavoro portuale: Porto di Genova

Breve descrizione dell'intervento realizzato

All'interno del Piano Regionale Prevenzione 2010-12 prorogato per l'anno 2013, la struttura PSAL Porto ASL 3 è impegnata con le PSAL delle ASL di Savona e La Spezia nel progetto 2.2.4 Prevenzione Infortuni nel lavoro portuale, di cui supporta anche il coordinamento e la responsabilità complessiva della linea progettuale. La pianificazione regionale 2010-2012 si proponeva di intraprendere azioni di vigilanza, controllo e promozione nelle aziende di movimentazione merci nei tre porti liguri, mirate alla **riduzione del pesante fenomeno infortunistico** che caratterizza il lavoro portuale (in Liguria e in Italia ai più alti indici infortunistici tra i settori produttivi), anche attraverso il coinvolgimento e l'impegno delle comunità portuali interessate (parti sociali e enti portuali, in primis le Autorità Portuali). A fronte dei buoni risultati ottenuti nel triennio (riduzione della media degli indici di incidenza, frequenza e gravità nei tre porti superiore al 10% rispetto agli anni base 2004-2006; abbattimento indici del porto di Genova intorno al **25%** con 0 infortuni mortali nel triennio), per l'anno 2013 l'azione di pianificazione per la realtà genovese si propone di consolidare il trend positivo di riduzione degli infortuni, agendo in maniera mirata sui rischi tipologici del lavoro portuale a maggior gravità (investimento da mezzi e da carico, caduta dall'alto) e sulla diffusione delle conoscenze e condivisione dell'obiettivo specifico da parte della comunità portuale

Beneficiari Target primario: n. 26 aziende di operazioni e servizi portuali del porto di Genova, circa 2600 addetti esposti a rischio. Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: Autorità Portuali e Capitanerie di Porto, parti datoriali e sindacali di settore

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

- Perfezionamento del sistema informativo quali-quantitativo sugli infortuni (ottimizzazione dell'elaborazione di indici infortunistici utili all'osservazione dei trend nel settore, definizione di profili di rischio tipologici portuali, analisi col metodo del Sistema di Sorveglianza Infortuni mortali e gravi INAIL-Regioni)
- Consolidamento degli strumenti di coordinamento tra i vari soggetti pubblici insistenti nei porti (riunioni periodiche, scambi informativi, interventi congiunti, provvedimenti condivisi, protocolli operativi coordinati)
- Consolidamento delle conoscenze sui determinanti infortunistici critici (produzione profili di rischio infortunistico, materiale informativo ed eventi specifici)
- Miglioramento dei comportamenti delle aziende rispetto ai rischi infortunistici tipologici rilevati, tramite azioni di controllo e vigilanza programmate, campagne mirate, diffusione del metodo di analisi infortunistica e di buone pratiche

Servizi aziendali coinvolti: - PSAL Porto

Partners esterni coinvolti: Autorità Portuale, Capitaneria di Porto, Confindustria Sezione Terminalisti, OOSS di settore

Modalità e strumenti di comunicazione: riunioni del Comitato di Igiene e Sicurezza Portuale (Autorità Portuale, ASL, Capitaneria, parti sociali); sedute Comitato di Coordinamento Regionale (Comitato al cui interno, per effetto del primo degli obiettivi raggiunti del PRP 2010-2012, sono state cooptate le tre Autorità Portuali); - sito aziendale

INDICATORI	VALORE INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
% di infortuni con prognosi ³ 30gg, occorsi nelle aziende portuali, indagati e analizzati dalla PSAL Porto ai fini preventivi (valore atteso regionale > 70%)	ND	> 70%	>75%	> 80%
% aziende con indici incidenza e gravità superiori alla media del porto raggiunte con interventi mirati nell'anno (valore atteso regionale > 25%)	ND	80%	90%	100%
Mantenimento tassi infortunistici del settore raggiunti nel trienni 2010-2012	ND	entro max +5% rispetto a tassi 2011	entro max +5% rispetto a tassi 2011	entro max +5% rispetto a tassi 2011
Report su eventi realizzati di informazione - comunicazione	ND	report conclusivo annuale	report conclusivo annuale	report conclusivo annuale

Responsabile del progetto: Rosaria Carcassi s.s.Porto s.c. PSAL

Corsi di formazione per i medici competenti volti all'informazione e al supporto nella prevenzione e nella gestione delle problematiche di tossicodipendenza

Breve descrizione dell'intervento realizzato

Il progetto si propone:

- la realizzazione di una serie di interventi con i Medici Competenti (MC) e i Sindacati per implementare il bagaglio conoscitivo in tema di dipendenze e assicurare una efficace prevenzione degli infortuni e degli incidenti nei luoghi di lavoro
- l'elaborazione di un documento aziendale dedicato, che definisca, oltre che le procedure di applicazione della normativa del Dlgs 81/2008 nelle aziende, anche azioni preventive. I medici competenti, pressati dalla preoccupazione di venire sanzionati nel caso di omissione e dalla necessità di standardizzare i controlli in economia di scala e di tempo, potrebbero essere tentati di introdurre prassi sbrigative nella gestione di questa tematica
- di favorire, con la collaborazione dei MC, il recupero di eventuali comportamenti di dipendenza nel lavoratore, avviandolo verso idonei programmi di riabilitazione

Beneficiari

Target primario: medici competenti, imprese

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: sindacati

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Sensibilizzare e formare MC e rappresentanti sindacali sulle problematiche della dipendenza;

Valorizzare e responsabilizzare i MC negli interventi di prevenzione, diagnosi precoce e trattamento;

Diffondere competenze specifiche ad altri operatori sanitari della rete territoriale

Servizi aziendali coinvolti: Ser.T. , PSAL

Partners esterni coinvolti: sindacati, medici competenti

Modalità e strumenti di comunicazione: formazione attraverso incontri con i sindacati, MC, manifesti, locandine, poster, questionari

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Incontri in aula: Informare e sensibilizzare i MC e rappresentanti sindacali sugli stili di vita non corretti dei lavoratori e le ripercussioni che possono avere nell'attività lavorativa		Progettazione dei corsi	Almeno un corso	Almeno un corso
Adeguatezza informativa sul significato, procedure obiettivi dei test (Come controllare la corretta esecuzione del test)		Condivisione, tra i servizi coinvolti, di materiali, metodi e strumenti		

<p>Informazione nelle aziende anche tramite brochure per fornire ai lavoratori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • conoscenze sulla legislazione vigente in merito agli accertamenti di assenza di tossicodipendenza • una maggiore consapevolezza rispetto al rischio aggiuntivo dovuto al consumo di sostanze stupefacenti in ambiente di lavoro 		Progettazione dei materiali di comunicazioni	Diffusione dei materiali prodotti	Diffusione dei materiali prodotti
Monitoraggio e valutazione degli esiti dei test eseguiti da parte MC ai lavoratori in concerto con i Ser.T.		Condivisione, tra i servizi coinvolti, dei criteri per la valutazione dei test eseguiti dai MC	Valutazione e reportistica	Valutazione e reportistica
Incontro finale con MC e sindacati per restituire gli esiti degli incontri e creare un gruppo di coordinamento territoriale che dia una corretta risposta esaustiva al fenomeno			Preparazione incontro finale	Realizzazione incontro finale

Responsabile del progetto
Renato Urciuoli, Attilio Businelli

Campagne informative ai lavoratori di ASL 3 Genovese in tema di dipendenze patologiche

Breve descrizione dell'intervento realizzato

L'intervento è finalizzato a sensibilizzare il personale dell'Asl 3 sulle dipendenze patologiche e le ripercussioni negative che queste hanno sulla vita delle persone. Esso consta di attività di formazione/sensibilizzazione rivolta in primo luogo ai responsabili e poi al personale tutto dell'ASL 3 per sostenere ed accrescere il bagaglio conoscitivo sia in tema di dipendenze che di servizi aziendali (SerT) offerti alla popolazione. La scelta d'intervenire all'interno della nostra azienda è dettata dalla considerazione che un'azienda sanitaria è deputata a promuovere la salute e a prevenire il disagio sul proprio territorio. Una buona percentuale dei dipendenti dell'ASL3 genovese non saprebbe a chi rivolgersi o a chi indirizzare un amico nel caso di problematiche connesse alle dipendenze.

Beneficiari

Target primario: lavoratori

Target secondari e moltiplicatori dell'azione: azienda e famiglia (favorire le migliori condizioni per un ambiente di lavoro sano e sicuro - diminuzione di infortuni, diminuzione di perdita di giornate lavorative per malattia, diminuzione dei furti, diminuzione dell'assenteismo).

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguiti

Accrescere la salute dei lavoratori favorendo una sensibilizzazione in materia di dipendenze patologiche e terapie correlate. Incrementare le conoscenze dei lavoratori in tema di attività realizzate dal SerT aziendale. Valutare la percezione e rappresentazione che i lavoratori e le lavoratrici hanno circa la dipendenza e i problemi ad essa correlati

Servizi aziendali coinvolti: per la realizzazione:

Asl (operatori dei Ser.T.), Psal (operatori dei dipartimenti della prevenzione sul lavoro)

Partners esterni coinvolti: sindacati, medici competenti, medici di medicina generale (per quanto attiene ai lavoratori del settore privato), Inail

Modalità e strumenti di comunicazione: formazione attraverso incontri con i sindacati, dirigenti Asl e lavoratori, manifesti, locandine, poster, questionari

INDICATORI	VALORE DELL'INDICATORE AL 01/01/2013 (o a inizio progetto)	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2013	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2014	VALORE INDICATORE PREVISTO AL 31/12/2015
Formazione correlata al progetto destinata a direttori di strutture aziendali e RSU		Prosecuzione attività del gruppo di lavoro costituito dai servizi coinvolti, per la progettazione di un percorso di formazione condiviso		
Formazione sul progetto a tutti i lavoratori (assemblee di reparto e servizi)			progettazione di una campagna informativa rivolta agli operatori della Asl 3 Genovese	

Responsabile del progetto
Renato Urciuoli, Attilio Businelli



Dipartimento di Prevenzione
Struttura Complessa Igiene e Sanità Pubblica
Struttura Semplice Epidemiologia