



RAPPORTI ISTISAN 15|46

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Indagine conoscitiva sui servizi per la prevenzione in Italia

E. D'Ippolito, I. Giovannelli, E. Guglielmi, M.D. Bellentani,
N. Nante, S. Vasselli, P. Luzi, A. Dittami, S. Salmaso, A. Perra



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Indagine conoscitiva sui servizi per la prevenzione in Italia

Edoardo D'Ippolito (a), Ilaria Giovannelli (b), Elisa Guglielmi (c),
Maria Donata Bellentani (c), Nicola Nante (a), Stefania Vasselli (d),
Paola Luzi (b), Arianna Dittami (b), Stefania Salmaso (b), Alberto Perra (b)

(a) Scuola Post-laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena, Siena

*(b) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma

(d) Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
15/46

Istituto Superiore di Sanità

Indagine conoscitiva sui servizi per la prevenzione in Italia, 2012-2013.

Edoardo D'Ippolito, Ilaria Giovannelli, Elisa Guglielmi, Maria Donata Bellentani, Nicola Nante, Stefania Vasselli, Paola Luzi, Arianna Dittami, Stefania Salmaso, Alberto Perra
2015, iv, 197 p. Rapporti ISTISAN 15/46

Diverse strutture devono operare sistematicamente nell'ambito della prevenzione, per esempio ospedali e distretti socio-sanitari, medici convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il ruolo e le funzioni delle strutture territoriali primariamente dedicate alla prevenzione nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL) dovranno sempre più essere di coordinamento e valutazione degli interventi piuttosto che di semplice erogazione di servizi. L'indagine, promossa dal Ministero della Salute e realizzata fra il 2012 e il 2013 dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), ha incluso 17 Regioni e Province Autonome e descrive i principali aspetti del settore prevenzione nel nostro SSN. È stata effettuata una revisione delle norme che codificano le attività, una raccolta degli organigrammi delle ASL e delle strutture di prevenzione in tutte le Regioni partecipanti, sono state identificate le attività e gli attori per alcune aree di prevenzione significative (prevenzione sovrappeso-obesità, promozione attività fisica, prevenzione disabilità) inseriti o realizzati nei Piani di Prevenzione Regionale, sono state descritte le funzioni e le attività svolte in un campione di ASL.

Parole chiave: Indagini sull'assistenza sanitaria; Prevenzione di base; Servizi sanitari; Italia

Istituto Superiore di Sanità

Nationwide survey on health preventive services in Italy, 2012-2013.

Edoardo D'Ippolito, Ilaria Giovannelli, Elisa Guglielmi, Maria Donata Bellentani, Nicola Nante, Stefania Vasselli, Paola Luzi, Arianna Dittami, Stefania Salmaso, Alberto Perra
2015, iv, 197 p. Rapporti ISTISAN 15/46 (in Italian)

Systematic multisectorial approach is required to provide effective preventive actions, and various levels of the health system are called to act in the field of prevention. Preventive services in Local Health Units (LHU) have therefore to switch their role from prevention providers to coordinators including advocacy, surveillance and evaluation. A survey of the public structures responsible for prevention sponsored by the Ministry of Health and carried out by the Istituto Superiore di Sanità and the Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) covering seventeen Regions. A review of current norms regulating prevention in public health settings has been performed. Organigrams from the LHUs have been collected, actions and actors on relevant areas of prevention, included in official regional plans, have been identified and functions and activities performed in a sample of LHUs have been described.

Key words: Health care surveys; Primary prevention; Health services; Italy

Un ringraziamento ai colleghi del Coordinamento Interregionale della Prevenzione per l'entusiasmo e l'appoggio dato all'organizzazione e alla realizzazione dell'indagine svolta.

Un ringraziamento particolare ai colleghi delle Regioni e delle ASL che ci hanno dedicato il loro tempo di riempimento dei questionari condividendo con noi l'interesse per il progresso della prevenzione nel nostro Paese.

Si ringrazia Arianna Dittami per il supporto tecnico nello svolgimento delle attività del progetto.

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute-CCM "Indagine conoscitiva sulle strutture deputate all'erogazione dei servizi di prevenzione in Italia", esercizio finanziario 2011.

Per informazioni su questo documento scrivere a: alberto.perra@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

D'Ippolito E, Giovannelli I, Guglielmi E, Bellentani MD, Nante N, Vasselli S, Luzi P, Dittami A, Salmaso S, Perra A. *Indagine conoscitiva sui servizi per la prevenzione in Italia, 2012-2013*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Rapporti ISTISAN 15/46).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Gualtiero Ricciardi*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Paola De Castro e Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.



INDICE

Presentazione	v
Numeri delle aziende nelle Regioni	1
Normativa di riferimento	3
Principali riferimenti normativi nell'ambito della prevenzione	4
Ricognizione normativa: metodi e organizzazione della prevenzione delle Regioni	4
Ricognizione normativa nelle aree di prevenzione studiate	5
Strutture essenziali per la prevenzione delle ASL	7
Dipartimento di prevenzione	7
Dipartimenti materno-infantili	15
Dipartimenti di salute mentale	16
In sintesi	17
Allegato al capitolo	18
Raccolta e analisi degli organigrammi delle aziende	31
In sintesi	33
Allegato al capitolo	34
Analisi dei PRP 2010-2012	37
Bibliografia di approfondimento	41
Allegato al capitolo	42
Indagine campionaria sulle strutture deputate all'erogazione dei servizi di prevenzione	45
Risultati: la struttura delle SESP	49
Risultati: le attività svolte dalle SESP per area di prevenzione	52
Area del sovrappeso e dell'obesità	52
Area della promozione dell'attività fisica	58
Area della prevenzione del rischio di disabilità nell'anziano	63
Risultati: la completezza delle attività all'interno delle ASL studiate in prospettiva della <i>governance</i> della prevenzione	68
Considerazioni conclusive	72
Bibliografia di approfondimento	80
Appendice A	
Normative e organizzazione della prevenzione nelle diverse Regioni	83
Appendice B	
Ricognizione regionale nelle aree di prevenzione selezionate per lo studio	117
Appendice C	
Lista di Regioni, ASL e SESP partecipanti all'indagine	191

PRESENTAZIONE

La grande maggioranza delle risorse e delle attività del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è concentrata sull'assistenza a chi è affetto da una qualche condizione patologica, ma è ormai indiscusso che la sostenibilità futura di tale attività in una popolazione in continuo invecchiamento è dipendente dalla capacità di ridurre il carico di tali condizioni prevenendo e/o comprimendo nelle età più avanzate l'insorgenza di patologie croniche o degenerative, largamente mediate da comportamenti e stili di vita.

Negli ultimi anni le Strutture deputate all'Erogazione dei Servizi di Prevenzione (SESP) si sono trovate ad acquisire una maggiore importanza nell'economia degli interventi complessivi di salute pubblica a livello regionale e locale. Tuttavia è risultato sempre più evidente che i determinanti iniziali della maggior parte delle malattie cronicodegenerative sono in ambiti diversi del raggio di azione tradizionale dei servizi sanitari, collocandosi tra gli stili di vita e la salubrità dell'ambiente circostante (il termine salubrità è qui usato per descrivere non solo l'assenza di inquinanti o altre esposizioni nocive, ma anche per caratterizzare l'ambiente come fattore facilitante il mantenimento e la promozione della salute). La prevenzione sanitaria deve quindi ampliare il proprio raggio di applicazione e oltre alla prevenzione di specifiche patologie ha incluso attività di promozione della salute, identificando azioni "salutogeniche" in ambiti tradizionalmente non considerati centrali dell'attività sanitaria.

Diverse strutture, nell'ambito del sistema sanitario nazionale, stanno cominciando a operare sistematicamente nell'ambito della prevenzione, per esempio ospedali e distretti socio-sanitari, organizzazioni di Medici di Medicina Generale (MMG). Recentemente il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP 2010-2012) ha ampliato l'ambito della prevenzione rispetto al PNP precedente (2005-2007), in particolare valorizzando ulteriormente le attività di prevenzione secondaria e terziaria.

In linea con i principi enunciati dal PNP, dovranno essere rafforzate e ampliate da parte di tutte le Regioni, le tattiche di approccio intersettoriale che, coerentemente con le prove oggi disponibili, sono associate a maggiore efficacia delle attività di prevenzione.

Il processo di devoluzione attivato dalla riforma del Titolo V della Costituzione ha prodotto un quadro variegato degli assetti organizzativo-istituzionali nelle singole Regioni, per cui alle nuove sfide della prevenzione e della promozione della salute, ogni Regione, per garantire i livelli essenziali di assistenza per i propri individui, è libera di formulare risposte ritenute più appropriate. Ne è un esempio il numero e le dimensioni delle singole aziende sanitarie che nel corso del tempo è cambiato (ed è in continuo cambiamento) in modo variabile tra le varie Regioni, con modifiche degli assetti organizzativi e del bacino di utenza, alla ricerca delle soluzioni di maggiore efficienza. Non esistono strumenti che permettano di monitorare adeguatamente i diversi assetti organizzativi, nonostante le disposizioni vigenti richiedano ad esempio di rendere pubblico l'organigramma delle Aziende Sanitarie Locali (ASL). Inoltre, nonostante il processo in corso, non vi sono contesti istituzionali ove gli operatori delle stesse strutture (SESP) delle diverse Regioni si possano confrontare su tali assetti organizzativi e sulle pratiche buone o promettenti.

La disponibilità di tali informazioni è riconosciuta anche come un elemento importante dell'azione di *governance* centrale che, al fine di migliorare la gestione basata sulla conoscenza, ha previsto un'azione centrale del PNP 2010-12 (AC 5.1) focalizzata alla descrizione delle strutture deputate all'erogazione della prevenzione.

L'indagine si è configurata, fin dal primo workshop preparatorio del maggio 2012, di grande complessità e richiedente in ogni caso il coinvolgimento dei Referenti Regionali e di tutte le

altre figure regionali che sono state individuate come attori chiave per l'organizzazione, la realizzazione e la valutazione delle attività di prevenzione.

Hanno preso parte all'indagine 17 Regioni – Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Provincia Autonoma (PA) di Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto – che hanno messo a disposizione personale e il tempo di numerosi referenti delle strutture di prevenzione per la raccolta dei dati necessari.

Il progetto, realizzato tramite una collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) – Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), non ha potuto approfondire in modo esaustivo lo studio degli aspetti organizzativi delle strutture di prevenzione, ma si è orientato ad una descrizione che ne coglie tuttavia i principali aspetti e, in particolare:

1. Agenas ha effettuato una ricerca di leggi, norme e delibere che regolamentano a livello regionale le attività di prevenzione svolte nell'ambito dell'SSN a partire dal 2006 in poi, al fine di individuare le SESP.
2. ISS ha coordinato l'indagine ed effettuato preliminarmente una ricerca degli organigrammi delle ASL e delle Strutture di Prevenzione in tutte le Regioni partecipanti al fine di descrivere l'organizzazione e le eventuali differenze. L'analisi degli organigrammi reperiti è stata condotta da Agenas.
3. Per limitare lo studio a situazioni operative reali, in accordo con le Regioni, sono state identificate alcune aree di prevenzione significative (prevenzione sovrappeso-obesità, promozione attività fisica, prevenzione disabilità) i cui progetti di attività fossero già stati ampiamente inseriti o realizzati da tutte le Regioni nei Piani di Prevenzione Regionale (PRP).
4. Sulle stesse aree è stata condotta un'indagine conoscitiva (quantitativa) in un campione di ASL per descrivere le funzioni e le attività svolte.

Il presente rapporto riporta i risultati dell'attività condotta e le osservazioni del gruppo di studio.

Stefania Salmaso
Direttore
*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza
e Promozione della Salute*

NUMERI DELLE AZIENDE NELLE REGIONI

La Legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con l'obiettivo di provvedere alla gestione complessiva della tutela della salute in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, attribuiva alle allora istituende Unità Sanitarie Locali (USL) (art. 14 della Legge) tutte le competenze, le funzioni, le attività finalizzate alla prevenzione e la tutela della salute collettiva, in precedenza conferite a vari enti e istituzioni.

La regolamentazione dell'organizzazione, la gestione e il funzionamento delle USL e loro servizi è demandata alle Regioni che in questi anni hanno introdotto varie evoluzioni (Tabella 1).

La riforma dell'SSN operata con il DL.vo 502/1992, come modificato dal DL.vo 517/1993, ha portato alla costituzione di ASL, articolate in Distretti, Presidi Ospedalieri e Dipartimento di Prevenzione (DP), quali strutture operative preposte all'erogazione dei servizi e delle prestazioni e all'assolvimento dei compiti del correlato livello assistenziale.

La Tabella 1 sintetizza l'evoluzione delle ASL e dei Distretti dalla riforma prevista dal DL.vo 502/1992 ad oggi, nonché le principali caratteristiche dimensionali di tali aziende nelle diverse Regioni, evidenziando in particolare i cambiamenti relativi al numero delle ASL (140 a fine 2013), che sempre più spesso hanno un ambito di riferimento provinciale, se non addirittura regionale come in Molise, Valle d'Aosta, PA di Trento e di Bolzano e Marche. Quest'ultima con la Deliberazione della Giunta Regionale del 16/09/2013, n. 1287, ha disposto la riorganizzazione dei DP a seguito dei recenti accorpamenti che hanno determinato la nascita delle nuove 5 "Aree Vaste" nell'ambito dell'unica ASL e quindi previsto 5 DP (uno per ogni area vasta).

Le Regioni italiane stanno attivando con apposite leggi regionali, piani di riordino territoriale volti a migliorare la gestione dei servizi, ma anche la *governance* del territorio. Le ASL sub-provinciali rimangono esclusivamente nelle grandi aree metropolitane, nonché nella Regione Veneto dove si stanno peraltro valutando proposte di accorpamento delle ASL – il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016 del Veneto prevede infatti un accorpamento dei distretti in modo tale che nessuno abbia una popolazione di riferimento inferiore a 100.000 abitanti.

Le dimensioni medie delle ASL risultano comunque ancora molto differenziate tra le Regioni, nonostante i recenti accorpamenti, con un bacino di utenza medio, pesato per popolazione, pari a circa 467.075 abitanti.

È da osservare come la progressiva riduzione del numero delle aziende sia accompagnata da un decremento anche del numero dei distretti presenti tanto che il loro numero nel 2013 è 670, molto simile al numero di aziende (659) presenti nel 1992 (anno di entrata in vigore dell'attuale norma 502). Anche il bacino di utenza medio dei distretti ha superato quello previsto dal DL.vo 229/1999 (65.000 abitanti) divenendo di circa 83.000 abitanti nell'anno 2013.

Tali variazioni certamente non possono non avere influito sulla funzionalità e assetto organizzativo delle strutture deputate alla prevenzione che hanno dovuto fare i conti con bacini di utenza sempre più grandi e verosimilmente diversificati anche da un punto di vista geografico. Pertanto i DP, che per ora dovrebbero essere unici per ASL e quindi in 140, rivelano in realtà alcune peculiarità: risultano infatti più numerosi rispetto alle ASL (es. nelle Marche, con Azienda Sanitaria Unica Regionale - ASUR, ci sono 5 DP) proprio perché l'accorpamento non deve pregiudicare la distribuzione sul territorio dell'erogazione dei servizi.

Tabella 1. Evoluzione delle strutture sanitarie regionali dal 1992 ad oggi, Fonte AGENAS, aggiornata al 2013

Regioni	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	Z
Piemonte	4.357.663	63	22	13	13	13	13	13	335.205	66	65	62	58	58	58	58	58	58	58	75.132	75.132
V. d'Aosta	126.620	1	1	1	1	1	1	1	126.620	14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	31.655	31.655
Lombardia	9.700.881	84	15	15	15	15	15	15	646.725	105	85	86	86	86	86	81	86	81	86	119.764	112.801
PA Bolzano	504.708	4	4	1	1	1	1	1	504.708	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	25.235	25.235
PA Trento	524.877	11	1	1	1	1	1	1	524.877	13	13	13	13	13	13	13	4	4	4	40.375	131.219
Veneto	4.853.657	36	21	21	21	21	21	21	231.127	85	56	49	53	50	53	50	53	50	53	97.073	91.578
Friuli-VG	1.217.780	12	6	6	6	6	6	3	405.927	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	60.889	60.889
Liguria	1.567.339	20	5	5	5	5	5	5	313.468	26	20	19	19	19	19	19	19	19	19	82.492	82.492
E. Romagna	4.341.240	41	11	11	11	11	11	11	394.658	46	39	38	38	38	38	38	38	38	38	114.243	114.243
Toscana	3.667.780	40	12	12	12	12	12	12	305.648	80	42	34	34	34	34	34	34	34	34	107.876	107.876
Umbria	883.215	12	4	4	4	4	4	2	441.608	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	73.601	73.601
Marche	1.540.688	24	1	1	1	1	1	1	1.540.688	36	24	24	24	23	23	23	23	23	13	66.986	118.514
Lazio	5.500.022	51	12	12	12	12	12	12	458.335	23	55	54	55	55	55	55	55	55	48	100.000	114.584
Abruzzo	1.306.416	15	6	6	6	6	6	4	326.604	73	73	44	25	25	25	29	25	25	22	45.049	59.383
Molise	313.145	7	1	1	1	1	1	1	313.145	13	13	7	7	7	7	7	7	7	7	44.735	44.735
Campania	5.764.424	61	13	7	7	7	7	7	823.489	113	113	97	72	72	72	72	72	72	73	80.061	78.965
Puglia	4.050.072	55	12	6	6	6	6	6	675.012	70	48	48	48	48	48	49	49	49	49	82.655	82.655
Basilicata	577.562	7	5	2	2	2	2	2	288.781	10	11	11	11	11	11	11	11	11	9	52.506	64.174
Calabria	1.958.418	31	11	5	5	5	5	5	391.684	34	35	35	35	35	35	35	35	35	18	55.955	108.801
Sicilia	4.999.854	62	9	9	9	9	9	9	555.539	62	62	62	62	62	62	62	62	62	55	80.643	90.906
Sardegna	1.637.846	22	8	8	8	8	8	8	204.731	23	25	23	23	23	23	23	22	22	22	71.211	74.448
Italia	59.394.207	659	180	147	145	145	145	140	467.075	945	835	762	708	711	707	715	698	701	664	71.816	83.042

2

A = popolazione residente 2012

B = USL 1992

C = ASL 2005

D = ASL 2008

E = ASL 2009

F = ASL 2010

G = ASL 2011

H = ASL 2013

I = bacino utenza media ASL

L = distretti 1999

M = distretti 2005

N = distretti 2008

O = distretti previsti 2009

P = distretti effettivi indagine AGENAS 2009

Q = distretti previsti 2010

R = distretti effettivi 2010

S = distretti previsti 2011

T = distretti effettivi 2011

U = distretti previsti 2013

V = media bacino di utenza distretti 2010

Z = media bacino di utenza distretti 2013

Si deve infatti realizzare un modello di DP coerente e in linea con i “livelli organizzativi essenziali” e rispettoso della necessaria autonomia organizzativa e funzionale di ciascuna struttura, della complessità di ognuna (i 5 DP previsti nella Regione Marche, sono infatti riconosciuti come Strutture Complesse) e della peculiarità di ogni disciplina specialistica, medica come veterinaria.

Il processo di modifica della numerosità delle aziende va letto in relazione ai riferimenti normativi riportati nel capitolo che segue.

Normativa di riferimento

- Italia. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n.305 del 30 dicembre 1992, *Supplemento Ordinario* n. 137.
- Italia. Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Modificazioni al Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 293 del 15 dicembre 1993, *Supplemento Ordinario*.
- Italia. Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 165 del 16 luglio 1999, *Supplemento Ordinario* n. 132.
- Italia. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n.360, 28 dicembre 1978, *Suppl. Ordinario*.
- Regione Marche. Deliberazione della Giunta Regionale del 16 settembre 2013, n. 1287. Indirizzi all'ASUR per l'adeguamento dei Dipartimenti di Prevenzione alla Legge Regionale n. 13 del 20 giugno 2003.
- Regione Veneto. Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012. Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016. *Bollettino Ufficiale della Regione Veneto* n. 53 del 6 luglio 2012.

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE

Ricognizione normativa: metodi e organizzazione della prevenzione delle Regioni

Una componente principale del progetto è costituita dalla ricognizione della normativa, per cui si è proceduto nella maniera seguente:

- formulazione del quesito per i motori di ricerca e individuazione di alcune parole chiave.
- ricerca degli atti programmatori nazionali e regionali delle strutture deputate all'erogazione di servizi di prevenzione.
- selezione di alcuni studi e progetti.

La formulazione del quesito è stata necessaria per orientare la ricerca della normativa. Un esempio di quesito utilizzato è il seguente:

- qual è l'organizzazione delle strutture che la Regione prevede per la prevenzione dell'obesità, prevenzione della disabilità, promozione dell'attività fisica?

In questo caso, il quesito formulato è poco specifico, ma risponde all'obiettivo della ricerca: conoscere/descrivere la variabilità tra Regioni dell'assetto organizzativo di strutture dell'SSN, identificare modelli di erogazione di prevenzione che identificano anche altre strutture (es. scuole) e comprendere quanta parte della prevenzione è in realtà demandata a strutture al di fuori dell'SSN.

La raccolta dei documenti è avvenuta con una ricerca online del materiale utilizzando alcune parole chiave:

- prevenzione dell'obesità-sovrappeso; prevenzione della disabilità; promozione dell'attività fisica e/o attività motoria.
- nome Regione.
- legge – delibera di Giunta.

Sono stati raccolti alcuni documenti che sono stati organizzati per Regione e per argomento principale. La finalità principale è quella di fornire traccia di ciò che esiste nella gestione della prevenzione dell'obesità/e o sovrappeso, della prevenzione della disabilità e nella promozione dell'attività fisica a livello regionale e nel mettere in evidenza le differenze locali.

È stata svolta una ricognizione delle indicazioni normative e programmatiche regionali volte a individuare organismi, modalità e funzioni da svolgere in modo trasversale tra DP, servizi distrettuali e servizi ospedalieri.

Questa ricerca è stata effettuata attraverso:

- analisi dei siti regionali (siti istituzionali sanitari disponibili online; alcuni portali tematici; inclusione dei piani sanitari e sociosanitari regionali);
- accesso alle banche dati;
- ricerche su indicazioni nazionali;
- principali database online di ricerca normativa (i provvedimenti normativi sono arricchiti dai commenti giurisprudenziali, organizzati in sommari) – (Dea professionale);
- alcuni motori generalisti (*Google, Clusty e Trip database*) per il reperimento del materiale inerente l'attività di prevenzione dell'obesità, della prevenzione della disabilità e della promozione dell'attività fisica.

Non è stato posto alcun limite di lingua e temporale.

Nell'ambito dei Piani di prevenzione, sono stati approfonditi alcuni programmi e progetti secondo le indicazioni prioritarie date dalle Regioni.

Dall'analisi delle normative regionali emerge un quadro molto variegato, che muta da Regione a Regione e talvolta tra Azienda e Azienda. Si evidenzia una generalizzata istituzione dei DP nelle Aziende USL, ma con diversificate modalità di organizzazione e di attività delle stesse, ma soprattutto la volontà di costituire delle reti in cui si promuova un lavoro integrato tra i Servizi dei DP, creando alleanze e partecipazioni in grado di indurre modifiche stabili e evidenti dell'ambiente di vita e una integrazione funzionale tra DP, distretti e ospedali.

Nella promozione degli stili di vita sani è emersa l'importanza della sinergia tra Enti interessati, quindi i programmi di intervento sono condivisi e supportati oltre che dalla sanità e nello specifico dai DP, dagli MMG e Pediatri di Libera Scelta (PLS), dalla scuola, dagli enti locali e dai cittadini stessi.

Dall'approfondimento degli atti programmatori delle Regioni, risulta necessario coinvolgere settori diversi dalla sanità (istruzione, cultura, trasporti, agricoltura, turismo, ecc.) e orientare i servizi sanitari nella logica di interazione con altri settori. Infatti in tutti i Piani Regionali di Prevenzione (PRP) viene sottolineata l'importanza del lavoro in rete. Dai PRP risulta che le Regioni:

- declinano il proprio ruolo (di titolari istituzionali delle competenze in tema di salute) contribuendo attivamente alla determinazione delle linee strategiche e dando corso al lavoro previsto nel Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) attraverso i propri PRP, ovviamente contestualizzandone gli interventi;
- potenziano e promuovono a livello regionale iniziative centrali (es. progetti del Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie – CCM, campagne di comunicazione);
- consolidano i sistemi di sorveglianza: PASSI, PASSI d'Argento, OKkio alla SALUTE;
- consolidano e diffondono le esperienze di eccellenza (prescrizione dell'esercizio fisico).

Sono molteplici anche le criticità rilevate:

- disomogeneità nella diffusione di progetti di promozione della salute intersettoriali e trasversali;
- criticità legate alla costruzione di rapporti stabili e innovativi con il mondo istituzionale e quello privato;
- difficoltà a coordinare e raccordare tutte le attività intersettoriali, sviluppate a livello regionale, e coordinarle con le iniziative avviate a livello centrale.

Il dettaglio della ricognizione normativa per quanto attiene all'organizzazione della prevenzione nelle singole Regioni è sintetizzato nell'Appendice A.

Ricognizione normativa nelle aree di prevenzione studiate

Nel corso del primo workshop organizzato dal progetto, le Regioni (Lombardia, PA Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Abruzzo, Umbria, Lazio, Marche, Campania, Puglia, Sicilia) e i partecipanti hanno convenuto di focalizzare lo studio su alcune aree di prevenzione di precipuo interesse:

- prevenzione del sovrappeso e dell'obesità;
- promozione dell'attività fisica;
- prevenzione del rischio di disabilità negli anziani;
- la prevenzione degli infortuni sul lavoro in ambito edile.

La promozione della salute e degli stili di vita sani, infatti, caratterizza da tempo le attività delle Regioni che sono sempre più consapevoli dell'importanza di realizzare strategie capaci di coinvolgere professionalità diverse e di agire secondo approcci intersettoriali che rappresentano un fattore fondamentale per l'efficacia di tali interventi. Lo spostamento verso ambiti sempre nuovi della prevenzione permette di comprendere le motivazioni che hanno portato i regionali a voler approfondire aree che necessitano di un ampliamento costante dei soggetti da coinvolgere e delle strutture implicate. Quest'ultime, oltre a mantenere le attività istituzionalmente a loro precedentemente affidate, devono far fronte a ulteriori sfide che comportano un cambiamento organizzativo e manageriale. Sempre all'interno di questa linea di intervento, sebbene la prevenzione degli infortuni sul lavoro in ambito edile rappresenti un tema centrale per il nostro Paese sul quale anche l'Unione Europea ha tentato di agire ponendosi come standard la riduzione del 25% del tasso complessivo d'incidenza di infortuni sul lavoro entro il 2012, ci si è fin da subito resi conto della complessità di avviare la revisione degli atti formali e, dunque, si è deciso di subordinare lo studio dell'area al risultato di una valutazione di fattibilità. Il workshop si è rivelato fondamentale nell'indagine in quanto non solo ha permesso di delineare obiettivi e metodi tenendo conto della complessità delle diverse realtà regionali, ma anche perché ha indicato le modalità per proseguire l'indagine.

A tal fine, i partecipanti hanno richiesto la ricognizione degli atti normativi e delle indicazioni programmatiche che assegnano responsabilità alle diverse strutture.

Si è scelto di seguire un approccio deduttivo ed è stata perciò realizzata una ricerca automatica per parole-chiave con gli obiettivi di conoscere/descrivere la variabilità tra Regioni dell'assetto organizzativo di strutture dell'SSN, identificare modelli di erogazione di prevenzione che identificano anche altre strutture (es. scuole) e comprendere quanta parte della prevenzione è in realtà demandata a strutture al di fuori dell'SSN.

Dall'analisi delle normative regionali emerge un quadro molto variegato, che muta da Regione a Regione e talvolta tra Azienda e Azienda. Si evidenzia una generalizzata istituzione dei DP nelle Aziende USL, ma con diversificate modalità di organizzazione e di attività delle stesse, ma soprattutto la volontà di costituire delle reti in cui si promuova un lavoro integrato tra i servizi dei DP creando alleanze e partecipazioni in grado di indurre modifiche stabili ed evidenti dell'ambiente di vita e una integrazione funzionale tra Dipartimenti di Prevenzione, distretti e ospedali.

Nella promozione degli stili di vita sani è emersa l'importanza della sinergia tra Enti interessati, quindi i programmi di intervento sono condivisi e supportati oltre che dalla sanità e nello specifico dai DP, anche dagli MMG e PLS, dalla scuola, dagli Enti locali e dai cittadini stessi.

Emerge inoltre la necessità di coinvolgere settori diversi dalla sanità (istruzione, cultura, trasporti, agricoltura, turismo, ecc.) e orientare i servizi sanitari nella logica di interazione con altri settori. Infatti in tutti i PRP viene sottolineata l'importanza del lavoro in rete. Dai PRP risulta che le Regioni:

- declinano il proprio ruolo (di titolari istituzionali delle competenze in tema di salute) contribuendo attivamente alla determinazione delle linee strategiche e dando corso al lavoro previsto nel Piano nazionale di prevenzione attraverso i propri PRP, ovviamente contestualizzandone gli interventi;
- potenziano e promuovono a livello regionale iniziative centrali (es. progetti CCM, campagne di comunicazione);
- consolidano i sistemi di sorveglianza: PASSI, PASSI d'Argento, OKkio alla SALUTE;
- consolidano e diffondono le esperienze di eccellenza (prescrizione dell'esercizio fisico);
- promuovono un aumento di interventi trasversali e di collaborazioni inter-istituzionali e con la società civile, attraverso accordi formali e vincolanti;

- sottolineano nella propria pianificazione l'importanza della comunicazione.
- Sono emerse peraltro alcune criticità come:
- disomogeneità nella diffusione di progetti di promozione della salute intersettoriali e trasversali;
 - criticità legate alla costruzione di rapporti stabili e innovativi con il mondo istituzionale e quello privato;
 - difficoltà a coordinare e raccordare tutte le attività intersettoriali, sviluppate a livello regionale, e coordinarle con le iniziative avviate a livello centrale.

Rimandiamo all'Appendice B per una descrizione Regione per Regione delle normative attinenti le aree in studio.

Strutture essenziali per la prevenzione delle ASL

Dipartimento di prevenzione

La Legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva dell'SSN con l'obiettivo di provvedere alla gestione complessiva della tutela della salute in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, attribuiva alle istituende Unità sanitarie locali (art. 14 della Legge) tutte le competenze, le funzioni, le attività finalizzate alla prevenzione e la tutela della salute collettiva, in precedenza conferite a vari enti e istituzioni.

La riforma dell'SSN operata con il DL.vo 502/1992, come modificato dal DL.vo 517/1993, ha portato alla costituzione di ASL, articolate in Distretti, Presidi Ospedalieri e DP, quali strutture operative preposte all'erogazione dei servizi e delle prestazioni e all'assolvimento dei compiti del correlato livello assistenziale.

Il DL.vo 502/1992 - art.7 quater individua alcune essenziali strutture organizzative mediche e veterinarie (generalmente assunte come "servizi") del DP:

- *Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)*
si occupa della prevenzione comunitaria delle malattie infettive e multifattoriali correlabili all'esposizione a vari fattori causali presenti nell'ambiente esterno e negli ambienti confinati di vita e di lavoro. Le sue attività sono volte alla tutela della salute nei diversi contesti ambientali, principalmente attraverso la promozione di idonei stili di vita. Il servizio svolge, pertanto, attività di certificazione, visite mediche, vigilanza, profilassi e altri interventi di medicina preventiva, educazione alla salute, indagini epidemiologiche.
- *Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)*
si occupa della tutela della salute nei confronti delle malattie trasmissibili con gli alimenti e le bevande, in particolare delle acque potabili e minerali; controllo del rischio di contaminazione chimica degli alimenti; divulgazione dei principi di una corretta alimentazione attraverso la promozione dell'educazione alimentare nelle scuole e nella popolazione generale. Il SIAN si sviluppa quindi, secondo il preesistente decreto del Ministero della Salute 16.10.98, in due principali aree tematiche: igiene degli alimenti e delle bevande (sicurezza alimentare) e igiene della nutrizione (corretta dieta).
- *Servizio PREvenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPRESAL)*
si occupa della tutela del singolo lavoratore e dei gruppi professionalmente esposti negli ambienti di lavoro attraverso la promozione di comportamenti sicuri e la realizzazione di interventi volti alla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. Il servizio assicura le proprie prestazioni anche tramite visite mediche e atti tecnici e amministrativi di propria competenza.

- *Servizi VETerinari (SVET)*
si occupano della prevenzione e dei rischi che derivano dal rapporto degli uomini con gli animali e dall'utilizzazione di questi ultimi a fini alimentari. Tali servizi si interessano, inoltre, del rapporto tra fattori di rischio ambientali e salute degli animali. Si distinguono per aree tematiche specifiche di intervento in:
 - SVET sanità animale – SVET A;
 - SVET igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati – SVET B;
 - SVET igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – SVET C.

Di seguito sono sintetizzati i servizi del DP, suddivisi in area medica e area veterinaria (Tabella 2).

Tabella 2. Servizi del Dipartimento di Prevenzione suddivisi in area medica e area veterinaria

Tipo di servizio		Area
SIAN	Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione	Medica
SISP	Servizio igiene e sanità pubblica	
SPRESAL	Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	
SVET	Servizi Veterinari	Veterinaria
SVET A	SVET Sanità animale	
SVET B	SVET Igiene della produzione trasformazione, commercializzazione, conservazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati	
SVET C	SVET Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	

In questo nuovo assetto istituzionale e unitamente alla modifica dei meccanismi di finanziamento, vengono introdotti i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), inizialmente articolati in 6 macrolivelli e poi ricondotti (dal PSN 1998-2000) a 3 macroaree di offerta:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

A queste 3 aree corrisponde una ripartizione del Fondo sanitario nazionale, con una quota del 5% riservata alla prevenzione e con l'istituzione, in ogni ASL, di un DP che in particolare deve garantire, sulla base della definizione dei livelli essenziali di assistenza, "le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'autorità sanitaria locale":

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- tutela igienico sanitaria degli alimenti;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- tutela della salute nelle attività sportive.

Il DP è una struttura operativa dell'unità sanitaria locale con autonomia tecnico professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite. Opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Generale nell'ambito della

programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

Le articolazioni organizzative dei DP si distinguono in servizi o in unità operative, in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento e alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza", integrandosi con la norma che prevede: "le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali e aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite"¹.

In generale, il DP è una struttura complessa che raggruppa altre Unità Operative Complesse (UOC) dette Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) e Unità Operative Semplici (UOS), preposte alla produzione ed erogazione di prestazioni e servizi omogenei e alla organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate.

Le UO sono strutture organizzative del Dipartimento che aggregano risorse multiprofessionali, tecniche e finanziarie; assicurano la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nonché il raggiungimento degli obiettivi secondo i criteri definiti nell'ambito del dipartimento di appartenenza, nel rispetto degli indirizzi aziendali.

Per quanto riguarda le UOC/UOSD, la loro direzione implica lo svolgimento di funzioni di direzione e organizzazione da attuarsi nel rispetto delle direttive operative e gestionali del dipartimento di appartenenza, nonché di decisioni volte al corretto espletamento del servizio in termini di appropriatezza della struttura.

Per le UOS, la direzione di tale unità implica l'attribuzione di funzioni con responsabilità e autonomia limitate agli obiettivi assegnati.

Il DP comprende, in genere:

– SISP

che eroga le seguenti attività e prestazioni:

- *Sanità pubblica e profilassi delle malattie infettive*
ha la funzione di tutelare la salubrità degli ambienti di vita e di promuovere comportamenti corretti ai fini della tutela della salute individuale e collettiva attraverso:
 - la raccolta e l'analisi dei dati epidemiologici e ambientali, per individuare i rischi prioritari presenti nel territorio e i modi migliori per contrastarli;
 - l'analisi e la valutazione dell'impatto dei fattori di nocività ambientale sulla salute, all'interno degli strumenti di pianificazione territoriale e urbanistica;
 - l'individuazione e l'attuazione degli interventi necessari per la profilassi delle malattie infettive e diffuse;
 - la promozione, tramite l'informazione e l'educazione sanitaria, di atteggiamenti e comportamenti positivi al fine di prevenire incidenti e malattie.
- *Medicina legale*
rilascia certificati medico-legali (per idoneità alla guida, licenza di porto d'armi, idoneità psico-fisica all'adozione, circolazione e sosta veicoli per persone non deambulanti, ecc.). Inoltre, attraverso l'istituzione di apposite commissioni, rilascia verbali di accertamento delle condizioni di invalidità civile, cecità e sordomutismo,

¹ Art. 7 quater, comma 4 DL.vo 502/92 e s.m.i.

handicap ai sensi della Legge 104/1992, per l'inserimento lavorativo dei soggetti disabili.

- *Pareri igienico-sanitari*
per l'apertura, l'ampliamento e la trasformazione di: locali di pubblico spettacolo; piscine; palestre; alberghi; attività commerciali; attività sanitarie.
- *Pareri e interventi*
per inconvenienti igienico sanitari di interesse diffuso segnalati da Enti o privati cittadini.
- *Pareri per il rilascio di antigienicità – inabitabilità.*
- *Certificazioni medico legali ambulatoriali*
per idoneità all'adozione; idoneità alla mansione; licenza di porto d'armi; patenti di guida per auto, natanti, velivoli; idoneità impiego gas tossici; circolazione e sosta per veicoli di persone non deambulanti; idoneità al servizio militare; cessione del quinto dello stipendio.
- *Certificazioni rilasciate da apposite commissioni medico legali*
per riconoscimento di invalidità civile, cecità e sordomutismo; riconoscimento dell'handicap; dispensa dal servizio o cambio di mansioni per inidoneità; inserimento lavorativo di persone affette da invalidità o handicap; patenti speciali.
- *Vaccinazioni*
obbligatorie; facoltative e/o raccomandate; contro la "Febbre gialla".

– SIAN

che si occupa invece di tutelare la salute della popolazione attraverso la prevenzione dei rischi legati all'alimentazione attraverso:

- sicurezza degli alimenti e delle bevande controllando e vigilando nelle fasi di: produzione, trasformazione, confezionamento, conservazione, trasporto, vendita, distribuzione e somministrazione, affinché alimenti e bevande arrivino sulla tavola non inquinati da germi, da sostanze ed elementi nocivi (ad es. pesticidi, metalli pesanti, corpi estranei). Opera in collaborazione con il Servizio Veterinario, che vigila sugli alimenti di origine animale;
- controllo sulla potabilità dell'acqua di acquedotti pubblici, privati e fonti idriche autonome (pozzi e sorgenti);
- formazione rivolta a: addetti al settore alimentare (baristi, cuochi, pasticceri, operai, ecc.); addetti all'utilizzo e al commercio dei prodotti fitosanitari, i cosiddetti pesticidi; raccoglitori e degli addetti al commercio dei funghi spontanei. Sono attivi sul territorio Ispettorati micologici con esperti micologi, che provvedono alla certificazione della commerciabilità e commestibilità dei funghi spontanei e a consulenze alle strutture ospedaliere in caso di avvelenamento da funghi;
- nelle collettività (case di riposo, mense scolastiche, ecc.): assistenza qualificata in merito all'uso di tabelle dietetiche equilibrate e valide sia in relazione alla sicurezza degli alimenti sia in relazione ad una sana alimentazione (es. pareri sui menù e i capitolati d'appalto) e una osservazione attiva costante ed efficace sulle abitudini alimentari della popolazione a tutte le età con particolare riguardo alla prevenzione e lotta nei confronti dell'obesità (sorveglianza nutrizionale);
- educazione sanitaria e informazione per orientare in modo corretto il cittadino su come mangiare bene per prevenire le malattie e restare in forma lungo tutto l'arco

della vita e indirizzarlo alla scelta di alimenti salutarì e protettivi anche attraverso la lettura delle etichette alimentari e nutrizionali.

– SPRESAL

che hanno quale compito fondamentale la tutela della salute nei luoghi di lavoro attraverso la promozione della cultura della prevenzione e il controllo delle condizioni di sicurezza, di igiene e di salute dei lavoratori. L'organico è costituito da diverse figure professionali, quali ingegneri, biologi, periti industriali, medici, infermieri, assistenti sanitarie e personale amministrativo, necessari per un approccio multidisciplinare alle complesse problematiche che il Servizio deve affrontare.

I Servizi perseguono gli obiettivi di salute attraverso azioni di prevenzione e vigilanza articolate nelle seguenti macroattività:

- sviluppo e comunicazione delle conoscenze sui rischi e sui danni per la salute, presenti nella realtà produttiva del territorio; la spirometria per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori e dei fumatori;
- assistenza, formazione e informazione nei confronti delle varie componenti del mondo del lavoro finalizzate alla promozione e sviluppo di una reale prevenzione dei rischi;
- interventi di controllo nei luoghi di lavoro su base programmata, per piani mirati eseguiti in comparti produttivi di comparto o per singole aziende, secondo criteri di gravità o diffusione dei rischi, o su domanda per eliminare o ridurre al minimo i fattori di rischio, prioritariamente quelli più gravi e più diffusi. L'intervento prevede l'accesso nei luoghi di lavoro per promuovere e verificare il sistema l'organizzazione e l'attività di prevenzione organizzata dall'impresa, oltre al rispetto delle norme vigenti in materia di igiene e sicurezza;
- espressione, in coordinamento con altri enti (es. Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale-ARPA e Provincia), di pareri ai Comuni in fase di permesso di costruire e di agibilità sulla realizzazione e/o ristrutturazione di locali destinati al lavoro, promuovendo la prevenzione sin dalla fase di progettazione e verificandone i requisiti di igiene e sicurezza previsti;
- interventi sanitari, sia rivolti a gruppi di popolazione, quali il Coordinamento e controllo degli accertamenti sanitari eseguiti dai medici competenti sui lavoratori esposti a rischi, sia rivolti alla persona, in questo caso riguardanti l'esecuzione di visite mediche specialistiche, l'espressione di pareri inerenti i ricorsi avverso il giudizio di idoneità, le prestazioni per la tutela della lavoratrice in gravidanza e l'inserimento lavorativo di disabili; professionali: esecuzione di visite mediche ed esami strumentali; coordinamento e controllo degli accertamenti eseguiti da medici competenti;
- inchieste della Polizia Giudiziaria, svolte d'ufficio o su richiesta della Magistratura su infortuni.

Le problematiche affrontate dal Servizio riguardano:

- Sicurezza sul lavoro che si occupa delle condizioni di sicurezza di:
 - posti di lavoro e ambiente; macchine, attrezzature; impianti.
- Igiene sul lavoro che si occupa dell'inquinamento dell'ambiente di lavoro da agenti:
 - chimici, fisici, biologici; ergonomia; epidemiologia.
- Medicina del lavoro che si occupa della tutela della salute di:
 - lavoratori esposti a rischi professionali;
 - lavoratrici madri;
 - apprendisti e minori.

Nel DP si riuniscono tutte le attività e le prestazioni della macroarea LEA “Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro” e si considera la necessità di garantire che le funzioni e le competenze di sanità pubblica siano sviluppate e realizzate in modo integrato.

Nella proposta di nuovi LEA del 2008 la definizione del LEA Prevenzione, che assume la nuova denominazione di “Prevenzione collettiva e sanità Pubblica”, è ancora più ampliata e dettagliata. Oltre ad una più accurata trattazione e definizione delle singole attività, si aggiungono nuovi e importanti ambiti di intervento quali: “la prevenzione nutrizionale”, e la “sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusa la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening”. Il documento dei LEA si muove sulla stessa rotta tracciata dalle “Linee guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali”² che dichiarava: “è la stessa società che richiede alla prevenzione di cimentarsi con responsabilità nuove, di fronte a rischi nuovi pur senza abbassare la guardia nei confronti dei rischi tradizionali”.

Il DPCM 28 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, producendo una puntuale declinazione in specifici compiti e linee di attività della macroarea LEA “assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro”, favorisce una più chiara individuazione dei compiti e delle funzioni delle articolazioni del DP, sinteticamente indicate dal DL.vo 502.

Una sintesi delle caratteristiche più salienti emerse dall’analisi della normativa/legislazione relativa al DP è riportata in Appendice A.

Per convenzione, però, la maggior parte delle Regioni ha organizzato nella propria autonomia il DP sulla base delle quattro macro aree/strutture riportate in tabella di cui sopra (SISP, SPRESAL, SIAN, SVET). In Appendice B si riporta un quadro tabellare con le caratteristiche del DP e le normative regionali adottate in sede di singole Regioni. È emerso che in 5 Regioni/PA (Calabria, Piemonte, Sardegna, Veneto, PA Trento) è presente una struttura facente funzioni di medicina legale all’interno del DP.

In 4 Regioni (Basilicata, Lombardia, Sicilia, Piemonte) la normativa identificata prevede che le attività di veterinaria siano organizzate in una struttura scissa dal DP di salute umana.

In 4 Regioni/PA sono state riscontrate altre strutture all’interno del DP aventi nomi diversi rispetto al modello previsto nel DL.vo 502. Queste sono il “Servizio Sicurezza impiantistica-antinfortunistica in ambienti di vita e di lavoro” in Emilia-Romagna, la “medicina preventiva nelle comunità” in Lombardia, l’“UOSD Servizi amministrativi e sottosistema informativo della Prevenzione” e l’“UOSD Epidemiologia e comunicazione” in Molise, il “Servizio Pneumologico” e la “Sezione di Medicina ambientale” nella PA di Bolzano. Inoltre, in Puglia vengono previste dalla normativa le strutture “Epidemiologia e flussi informativi”, “Qualità, comunicazione, formazione, “Educazione sanitaria” e “Servizio Tecnico della Prevenzione” in staff al DP.

Sono state rinvenute alcune ulteriori particolarità nell’ambito dell’organizzazione dei DP e delle attività di prevenzione, specificamente: in Emilia-Romagna il nome del DP è stato cambiato in “Dipartimento di Salute Pubblica”, in Liguria è stato soppresso il SIAN assegnandone le funzioni e i compiti in parte ai Servizi di Igiene Pubblica e in parte ai Servizi Veterinari ed è stato previsto un modello di organizzazione dei servizi di prevenzione in rete a matrice con l’obiettivo della massima integrazione. Nelle Marche è stato istituito un DP per ogni Area Vasta e la “Direzione tecnica per la prevenzione collettiva”, in Piemonte sono stati istituiti il “Coordinamento della Prevenzione”, la “Direzione integrata della Prevenzione”, il “Settore Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva” e il “Settore Prevenzione veterinaria”. In Sicilia il “Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico” (DASOE), in Toscana i “Laboratori di sanità pubblica di area vasta” (LSPAV) ed, infine, in Valle d’Aosta si prevede un unico DP. In 12 Regioni/PA

²Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2002

(Calabria, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna, Toscana, Valle d'Aosta e PA di Trento) viene indicata nella normativa la necessità di creare coordinamento/integrazione del DP con altre strutture per una migliore erogazione dei servizi di prevenzione; tra di esse vi sono, ad esempio, le ARPA, gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS), i distretti, le università e la scuola, gli Enti Locali. Le diverse Regioni hanno modificato la struttura dei servizi offerti dal DP come dalla Tabella 3.

Tabella 3. Variabilità delle strutture all'interno del Dipartimento di Prevenzione (DP)

Regione	Medicina legale	DV scisso dal DP umana	Strutture atipiche all'interno del DP	Coordinamento/integrazione	Altre caratteristiche del DP e/o della prevenzione
Abruzzo					
Basilicata		sì			
Calabria	sì			sì	
Campania					
Emilia-Romagna			Servizio sicurezza impiantistica-antinfortunistica in ambienti di vita e di lavoro	sì	Nome del DP cambiato in "Dipartimento di Salute Pubblica"
Friuli-Venezia Giulia				sì (ARPA e per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, nonché con l'IZS)	
Lazio				sì (nel distretto il luogo principale di integrazione)	
Liguria				sì (ASR, DP delle ASL, Università e Scuola, INAIL, ISPEL, IPSEMA e mondo del lavoro, Enti locali)	Soppressi i SIAN assegnandone le funzioni e i compiti in parte ai SISP e in parte agli SVET, per <i>spending review</i>
Lombardia		sì	Medicina preventiva nelle comunità		
Marche				sì	1 DP per ogni Area Vasta direzione tecnica per la prevenzione collettiva
Molise			2 UOSD: - Servizi amministrativi e sottosistema informativo della prevenzione - Epidemiologia e comunicazione	sì	Attivato Dipartimento unico di prevenzione

segue

continua

Regione	Medicina legale	DV scisso dal DP umana	Strutture atipiche all'interno del DP	Coordinamento/integrazione	Altre caratteristiche del DP e/o della prevenzione
Piemonte	sì			sì	Direzione integrata della Prevenzione, Settore Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva, Settore Prevenzione veterinaria
Puglia			- Epidemiologia e flussi informativi - Qualità, comunicazione, formazione - Educazione sanitaria - Servizio tecnico della prevenzione		
Sardegna	sì			sì (in particolare con il Distretto)	
Sicilia		sì			DASOE
Toscana				sì (IZS Lazio e Toscana, ARPAT)	LSPAV
Umbria					
V. d'Aosta				sì	Prevista collocazione del DP in sede unica
Veneto	Possibile				
PA Bolzano			Servizio Pneumologico; Sezione di Medicina ambientale		
PA Trento	sì			sì (ARPA e l'IZS di competenza)	

ASR: Agenzia Sanitaria Regionale; **DASOE:** Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico; **DV:** Dipartimento di Veterinaria; **INAIL:** Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro; **IPSEMA:** Istituto di previdenza per il settore marittimo; **ISPESL:** Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro

In conclusione possiamo affermare che la maggioranza dei DP attivi in Italia prevede un'articolazione interna omogeneamente rispondente al disegno organizzativo previsto dal DL.vo 502/1992 e s.m.i., anche se va segnalato che alcune Regioni, ad esempio Lombardia, Basilicata, Piemonte e Sicilia distinguono tra Dipartimenti di Prevenzione medica e Dipartimenti della Prevenzione veterinaria. Di non minor rilievo, appare il tentativo, messo in atto negli ultimi anni in alcune realtà regionali e aziendali, di far afferire le competenze dei Servizi di Igiene degli alimenti e della Nutrizione (previsti dalla normativa quali

obbligatoriamente strutture organizzative del DP) alla generica area della “sicurezza alimentare” o addirittura con la sua soppressione.

Altre differenziazioni rispetto all’organizzazione dei DP emergono dalla normativa regionale (espressa in diversi atti, quali piani sanitari e sociosanitari regionali, linee di indirizzo sui DP, linee guida per la redazione degli atti aziendali delle aziende sanitarie, programmi regionali di sviluppo), mentre la definizione specifica degli stessi è demandata all’autonomia dei Direttori generali delle ASL.

Dipartimenti materno-infantili

La normativa regionale è stata analizzata anche per rilevare le differenze organizzative nell’ambito dei Dipartimenti Materno-Infantili (DMI), creando 4 categorie per definirne il tipo:

1. “strutturale”;
2. “funzionale”;
3. “presente ma tipologia non determinabile”;
4. “con integrazione ospedale-territorio”.

Nella categoria DMI tipo “funzionale” abbiamo compreso i casi in cui la normativa prevede esplicitamente un DMI all’interno di una “area funzionale materno-infantile. Nella categoria “Presente ma tipologia non determinabile” sono inclusi i DMI di cui non sono state trovate sufficienti informazioni per poterli inserire nelle precedenti categorie. La categoria “con integrazione ospedale-territorio” si riferisce ad una caratteristica, eventualmente espressa nelle normative, del DMI in questione.

Sono presenti ulteriori 3 categorie che si riferiscono però ai casi in cui non viene menzionato il DMI nella normativa, ma sono comunque previste delle attività di tutela della salute materno-infantile, che vengono più specificamente caratterizzate attraverso le categorie “Tutela materno-infantile devoluta al territorio (Distretti/Consultori/PLS)” e “Tutela materno-infantile integrata Territorio/Ospedale”.

Dall’analisi della normativa delle 21 Regioni/PA emerge che in 14 (66%) vi sono DMI, ovvero: Abruzzo, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d’Aosta, Lazio, Liguria e PA di Trento.

Di questi, 7 DMI sono di tipo funzionale e 3 sono, più specificamente, parte di un’area funzionale materno-infantile (Abruzzo, Lombardia, Toscana). In un caso, il Lazio, il DMI non viene mai nominato nel PSR ma il Dipartimento – di tipo funzionale – è comunque presente in alcune ASL (Tabella 4).

In 7 Regioni sono presenti DMI ma non sono state trovate sufficienti informazioni nella normativa per poterli inserire nelle suddette categorie: Calabria, Friuli-Venezia Giulia (con il Dipartimento Integrato Territoriale Materno-infantile e dell’età evolutiva, (DITeMI), Marche, Sicilia, Umbria, Liguria e PA Trento. Più specificamente, in Liguria – così come visto per il Lazio – il DMI non è menzionato nella normativa ma è comunque esistente in alcune ASL. In 10 dei 14 casi elencati sopra, le Regioni specificano che l’attività dei DMI debba basarsi sull’integrazione tra ospedale e territorio. Non è stato rintracciato nessun DMI definibile come strutturale. In 9 Regioni/PA (PA di Bolzano, Molise, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Puglia e Veneto) il DMI è assente o non viene menzionato nella normativa benché nel Lazio e nella Liguria, come precedentemente affermato, il DMI è comunque effettivamente presente in alcune ASL e queste Regioni sono state pertanto considerate nelle precedenti categorie.

Tabella 4. Variabilità delle strutture all'interno del Dipartimento di Prevenzione (DP)

Regione	DP*						
	01	02	03	04	05	06	07
Abruzzo		sì		sì			
Basilicata					sì	sì	
Calabria			sì	sì			
Campania					sì		sì
Emilia-Romagna					sì		sì
Friuli-Venezia Giulia			sì	sì			
Lazio*		sì					
Liguria*			sì				
Lombardia		sì					
Marche			sì	sì			
Molise					sì		
Piemonte		sì		sì			
Puglia					sì		
Sardegna		sì		sì			
Sicilia			sì	sì			
Toscana		sì*		sì			
Umbria			sì				
VDA		sì		sì			
Veneto					sì	sì	
PA Bolzano	/	/	/	/	si*	/	/
PA Trento			sì	sì			
Totale	0	7	7	10	7	2	2

* Descrizione DP:

- 01 DMI tipo "Strutturale"
- 02 DMI tipo "Funzionale"
- 03 DMI presente ma tipologia non determinabile
- 04 DMI con integrazione ospedale-territorio
- 05 DMI non menzionato/Assente
- 06 Tutela materno-infantile devoluta al territorio (Distretti/Consultori/MMG/PLS)
- 07 Tutela materno-infantile integrata Territorio/Ospedale

Dalla nostra analisi emerge che, con l'eccezione della PA di Bolzano, in queste Regioni l'attività di tutela materno-infantile viene in ogni caso prevista a livello normativo e, più specificamente, in Basilicata e Veneto viene declinata a livello territoriale (Distretto/Consultori/MMG/PLS) e in quest'ultima Regione è anche istituita un'area materno-infantile. In Campania ed Emilia-Romagna si prevede un'integrazione ospedale-territorio. Inoltre, la Puglia e l'Emilia-Romagna propongono specificamente un Dipartimento Materno-infantile.

Dipartimenti di salute mentale

Tali Dipartimenti sono strutture integranti dei servizi offerti dalle ASL.

Ai fini dell'indagine abbiamo citato, ove menzionate, le tre strutture con funzioni di prevenzione di comunità che hanno presentato la maggiore variabilità tra le Regioni. Riportiamo nell'Allegato al capitolo, una sintesi tabellare della ricognizione normativa delle strutture per Regione.

In sintesi

I DP sono le strutture a cui è attribuito lo svolgimento delle funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'autorità sanitaria locale previste dai LEA e quindi sembrano anche i destinatari del 5% FSN con i LEA.

Le attività di prevenzione però sono condivise anche con altre strutture ove presenti (es. DMI e DSM).

La maggioranza dei DP attivi in Italia prevede un'articolazione interna omogeneamente rispondente al disegno organizzativo previsto dal DL.vo 502/1992 e s.m.i., anche se va segnalato che alcune Regioni, ad esempio Lombardia, Basilicata, Piemonte e Sicilia distinguono tra dipartimenti di prevenzione medica e dipartimenti della prevenzione veterinaria. Di non minor rilievo, appare il tentativo, messo in atto negli ultimi anni, in alcune realtà regionali e aziendali, di far afferire le competenze dei Servizi di Igiene degli alimenti e della Nutrizione (previsti dalla normativa quali obbligatoriamente strutture organizzative del DP) alla generica area della "sicurezza alimentare" o addirittura con la sua soppressione.

Il DP opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Generale nell'ambito della programmazione aziendale. Come si allinea (tempi? modi? vincoli?) la programmazione aziendale con i PRP? A quali strutture della ASL si rivolge direttamente il PRP?

Allegato al capitolo

Sintesi tabellare della ricognizione normativa delle strutture per Regione

Regione	Dipartimento di Prevenzione (DP)	Dipartimento Materno Infantile (DMI)	Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
Abruzzo	<p>PSR 2008-2010 fornisce indicazioni sul DP come struttura preposta all'organizzazione e alla promozione della tutela della salute.</p> <p>Il DP in base alle indicazioni della LR 37/1999 e delle Linee Guida Atti Aziendali del 9 ottobre 2006 n. 1115 - (Definizione dell'assetto dei dipartimenti di prevenzione) individuano l'articolazione tipica del DP a cui è aggiunto... "7) tutela della salute nelle attività sportive".</p> <p>Riveste particolare importanza per la promozione della salute e di stili di vita salutari.</p>	<p>Il PSR 2008-2010 prevede un'area funzionale omogenea materno-infantile, dove prevede l'Unità Operativa Complessa Assistenza Consultoriale interdistrettuale, e un collegamento funzionale con il DMI "che ha una portata più ospedaliera". Il Consultorio assume il profilo di Unità Operativa nella quale si realizzano programmi di prevenzione in cui sono definiti gli obiettivi, le procedure operative per offrire le misure di prevenzione in particolare la medicina preventiva in età evolutiva.</p>	<p>Il PSR 2008-2010 prevede un DSM di tipo funzionale. Svolge le sue funzioni a livello territoriale tramite il Centro di Salute Mentale (CSM), Unità Operativa Complessa del DSM, che esercita le attività di prevenzione, cura e riabilitazione a livello distrettuale, anche avvalendosi delle altre unità operative della rete dei servizi, secondo un approccio multidisciplinare e garantendo la continuità della presa in carico.</p>
Basilicata	<p>La LR 12/2008 riorganizza i DP e prevede "per ogni Azienda Sanitaria Locale, un 'DP collettiva della salute umana' (con competenze attestata alle unità operative di igiene, epidemiologia e sanità pubblica, di igiene degli alimenti e della nutrizione, di medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro, di prevenzione, protezione ed impiantistica nei luoghi di lavoro) ed un 'dipartimento di prevenzione della sanità e del benessere animale (con competenze attestata alle c.d. aree A - sanità e benessere animale, B - igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati e C - igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche)". Nel Piano Regionale integrato della salute e dei servizi alla persona 2012-2015, la Regione individua alcuni obiettivi generali di alcuni settori della prevenzione da potenziare e riqualificare.</p>	<p>Il PSR 1997-99 individuava nel DMI - che è strutturale - la "centrale organizzativa" delle cure alla mamma e al bambino, elencando in maniera dettagliata tutte le attività previste.</p> <p>Nel nuovo Piano Regionale integrato della salute e dei servizi alla persona 2012-2015 non c'è più alcun cenno al DMI, riconducendo tutte le attività dell'area materno infantile al Distretto di comunità con l'organizzazione di vari consultori.</p>	<p>Il Piano Regionale integrato della salute e dei servizi alla persona 2012-2015, prevede che in ogni Azienda sanitaria sia costituito un DSM, come struttura operativa deputata all'organizzazione e alla produzione di attività finalizzate alla promozione e alla tutela della salute mentale della popolazione di riferimento nei suoi aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione.</p>
Calabria	<p>DGR n. 302 del 25 maggio 2009, ha soppresso il "Settore Prevenzione Primaria e Secondaria" inglobandolo nel "Settore Area LEA", come Servizio, "Attività Territoriali e Prevenzione" che deve coordinare attività che spaziano dalla gestione dei Distretti, delle Cure Primarie e della Specialistica Ambulatoriale, alla Prevenzione Primaria e Secondaria.</p> <p>Inoltre, questa nuova organizzazione del Dipartimento ha prodotto l'abolizione di due Servizi in precedenza strutturati nel Settore Prevenzione Primaria.</p> <p>La DGR 5-7-2011 n. 54 Linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali, individuano l'articolazione tipica del DP prevista dal DL.vo 502/92 a cui si aggiunge la funzione di medicina legale.</p>	<p>La DGR 5-7-2011 n. 54 Linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali, di natura mista ospedaliera e territoriale, costituito su base interaziendale, in coerenza con quanto definito per la rete ospedaliera. I Dipartimenti, così costituiti sono deputati all'assistenza sul versante sanitario di famiglie, donne, bambini e adolescenti, attraverso interventi di educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione</p>	<p>La DGR 5-7-2011 n. 54 Linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali disciplina il DSM e gli riconosce la gestione per delega della Direzione Aziendale della erogazione delle prestazioni e dei servizi in materia di Salute Mentale, previsti dai LEA e quelli aggiuntivi previsti dal Piano di Azione Locale della Salute Mentale di cui all'Acc. del 20 marzo 2008 della Conferenza Stato Regioni sul documento concernente "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale", nonché da specifiche norme regionali o aziendali e quelli derivanti da specifiche deleghe di gestione conferite dai comuni per l'assistenza sociale.</p>

segue

<i>continua</i>	Regione	Dipartimento di Prevenzione (DP)	Dipartimento Materno Infantile (DMI)	Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
	(continua) Calabria	L'area dell'assistenza collettiva, in coerenza alla classificazione nazionale dei Lea e al PSN, comprende inoltre le seguenti funzioni aggregate: - epidemiologia, nel caso in cui non sia attivato nello staff della direzione generale; - integrazione salute e ambiente; - progettazione e coordinamento delle iniziative di educazione sanitaria e di prevenzione rivolta alle persone, sviluppate con la collaborazione delle aree di assistenza distrettuale e ospedaliera; - tutela della salute delle attività sportive; - attività di screening oncologici.	Nel PSR 2002-2004 il DMI rappresentava la modalità organizzativa funzionale capace di garantire l'unitarietà del progetto assistenziale rivolto al cittadino in quanto capace di integrare le attività delle unità operative territoriali (UOMI) con quelle ospedaliere. Il PSR 2011-2013, non si sofferma sul DMI, ma riconosce al territorio in collaborazione con una serie di attori che vanno dai PLS ai consultori, alle UO ospedaliere, il compito di realizzare tutta una serie di interventi finalizzati alla tutela del materno infantile.	Il PSR 2011-2013 conferma la struttura organizzativa aziendale (DSM) e periferica (UOSM) previste dalla DGR 7262/2001 concernente Linee Guida per l'organizzazione ed il funzionamento dei DSM e dal Programma Obiettivo Regionale per la Salute Mentale in Campania ex DGR 20 giugno 2003, n. 2132.
Campania*		PSR 2011-2013 garantisce sia l'esercizio di funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute (pertanto sui rischi negli ambienti di vita e di lavoro e sicurezza alimentare) ma anche sui fattori determinanti la salute di una collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione). Questo Piano conferma già quanto previsto nel PSR del 2002. Il Decreto assessorile 13 dicembre 2007, n. 517 ha omogeneizzato le attività del DP superando quanto previsto dalla LR. 32/1994 di riordino del SSR e confermando l'articolazione tipica dei DP. Secondo le indicazioni del DL.vo 502/92.	Nel ambito della programmazione regionale il DMI non viene previsto. La scelta regionale è stata di trasferire le competenze dell'area delle cure primarie al distretto che è il principale erogatore di prestazioni e di valutazione dei bisogni. I pediatri di base fanno parte, insieme con i MMG, del Dipartimento territoriale delle cure primarie e di una Unità operativa (UO) di pediatria di comunità, con responsabili diversi.	La delibera 2011/2007 riconosce al DSM funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale, e delle dipendenze patologiche. Particolare importanza è data alla collaborazione, nel campo della salute mentale, con i medici di famiglia. Nel Piano attuativo della salute mentale 2009-2011 viene sottolineata l'importanza delle politiche della prevenzione e di promozione della salute.
Emilia-Romagna		Nel PSR 1999-2001 la Regione ha cambiato nome in Dipartimento di Salute Pubblica (DSP) ed è stata istituita una nuova area organizzativa denominata "Epidemiologia e comunicazione". L'organizzazione è stata ridefinita con la delibera 2011/2007 - "direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art. 3, comma 4, della l.r. 29/2004: indirizzi per l'organizzazione dei dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche e di sanità pubblica". Vengono individuate all'interno del DSP unità complesse e semplici. Sul Piano organizzativo la Regione ha deliberato con la DGR 322/2000 la creazione in ogni DSP del "servizio di Medicina dello sport e promozione dell'attività fisica", e del servizio Sicurezza Implantistica-antitorturistica in ambienti di vita e di lavoro (solo in Aziende Usi comprendenti il capoluogo di Provincia), oltre all'articolazione che richiama le indicazioni nazionali.	In alcune ASL esiste un Dipartimento "infantile", con vari tipi di competenza.	

segue

* nella DGR 1355/2012 "Approvazione atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania" si sottolinea che l'atto aziendale dovrà evidenziare le modalità di integrazione tra il distretto e le altre strutture operative dell'Azienda Sanitaria: ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze e del Dipartimento Integrato dell'Emergenza, il Coordinamento Soco-sanitario. Relativamente al rapporto distretto/dipartimenti ospedalieri, l'area dell'integrazione è rappresentata prioritariamente dalla definizione dei percorsi assistenziali ai fini della continuità assistenziale e della presa in carico. In questo ambito vanno definiti, tra l'altro, i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e per quanto attiene al rapporto distretto/dipartimento di prevenzione, l'area di integrazione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari; a questo livello occorre definire le modalità di coordinamento tra il dipartimento - che delinea la responsabilità tecnica delle stesse - ed il distretto che, con la sua organizzazione ed i suoi operatori - in particolare i medici di medicina generale - le deve realizzare.

<i>continua</i>	Regione	Dipartimento di Prevenzione (DP)	Dipartimento Materno Infantile (DMI)	Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
	<p><i>(continua)</i></p> <p>Emilia-Romagna</p>	<p>Il DSP è organizzato nelle Strutture Organizzative di norma a valenza aziendale. I Direttori Generali possono individuare un riferimento unico sovraordinato laddove vi siano più strutture organizzative dello stesso ambito disciplinare, o fra strutture organizzative afferenti alla medesima area di governo professionale.</p> <p>I DSP, garantiscono un approccio corale, che coinvolge professionisti diversi per dare risposte unitarie e tempestive ai problemi di salute espressi dai singoli e dalla collettività. Si integrano con gli altri Dipartimenti territoriali (Dipartimento di cure primarie, Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche) e con i Dipartimenti ospedalieri per programmi interdipartimentali, come ad esempio, gli <i>screening</i> per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori, il controllo delle malattie infettive, il contrasto degli effetti delle disuguaglianze sulla salute.</p> <p>Il PSR 2006-2008 riconosce al DP il ruolo di coordinamento e di direzione delle strategie di prevenzione collettiva. Sul piano organizzativo in generale si rifà alle indicazioni della normativa nazionale anche se il PIMT 2000 - 2002 aveva previsto una maggiore attenzione all'ambiente creando particolari rapporti con l'ARPA per l'ambiente e per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, nonché con l'Istituto zooprofilattico per la sicurezza alimentare e la sanità animale.</p>	<p>Il PSR 2006-2008 prevede l'istituzione a livello aziendale o interaziendale del Dipartimento Integrato Territoriale Materno Infantile e dell'Età Evolutiva (D.I.Te.M.I.) quale struttura organizzativa di tipo orizzontale, finalizzata a facilitare l'integrazione tra i vari servizi che operano nell'area materno-infantile (ossia facilitare l'integrazione tra ospedale e territorio, tra il sanitario, il sociale e l'educativo, tra il pubblico e il privato sociale, tra il sociosanitario e gli altri servizi per la donna, l'infanzia e l'età evolutiva, nonché il terzo settore).</p> <p>Per quanto riguarda la salute materno-infantile il PSR non nomina mai il DMI che pure nella Regione Lazio esiste, né si definisce quali sono i servizi che se ne occupano.</p> <p>Nella maggior parte delle Asl esiste un DMI, di tipo funzionale o l'istituzione di una figura di coordinamento delle attività dell'area pediatrica con competenze specifiche pediatriche in sanità pubblica e organizzazione dei servizi.</p>	<p>Il PSR 2006-2008 anche per gli interventi nel campo della salute mentale prevede il ruolo centrale del DSM come collettore fondamentale per il perseguimento di una strategia che, coniugando la prevenzione e promozione della salute, l'integrazione sociosanitaria, la proattività dei servizi e lo sviluppo di comunità, realizza le condizioni dove rendere effettivi i percorsi di recupero delle persone con problemi psichiatrici.</p>
	<p>Friuli-Venezia Giulia</p>	<p>Il Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 28 maggio 2013, n. 206 "Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio stabilisce anche che per la configurazione del DSM e del DP, la cui istituzione è obbligatoria, siano sufficienti n.6 Unità Operative semplici (UOC) e n. 6 unità Operative Complesse (UOC).</p> <p>Viene ribadito altresì in questo documento "che l'assetto organizzativo del DP è delineato dal DL.vo 502/92 e dal DPCM 28.11.2001.</p>	<p>Per quanto riguarda la salute materno-infantile il PSR non nomina mai il DMI che pure nella Regione Lazio esiste, né si definisce quali sono i servizi che se ne occupano.</p> <p>Nella maggior parte delle Asl esiste un DMI, di tipo funzionale o l'istituzione di una figura di coordinamento delle attività dell'area pediatrica con competenze specifiche pediatriche in sanità pubblica e organizzazione dei servizi.</p>	<p>Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 28 maggio 2013, n. 206 "Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio stabilisce anche che per la configurazione del DSM e del DP, la cui istituzione è obbligatoria, siano sufficienti n.6 Unità Operative Complesse (UOC) e n. 6 unità Operative semplici (UOS).</p>

segue

Regione	Dipartimento di Prevenzione (DP)	Dipartimento Materno Infantile (DMI)	Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
<p><i>continua</i></p> <p>Regione Lazio</p> <p>(continua)</p> <p>Lazio</p>	<p>Già nel PSR 2010-2012 viene sottolineata l'esigenza "che l'evoluzione sociale e culturale nonché la transizione demografica ed epidemiologica in atto implica un cambiamento di prospettiva, con il passaggio da una prevenzione somministrata ai cittadini ad una prevenzione condivisa e partecipata con la comunità". Viene altresì evidenziato che i dipartimenti di prevenzione devono produrre il massimo sforzo di integrazione con le altre istituzioni e con gli altri settori del SSR, al fine di programmare interventi coordinati e complementari senza però ignorare "il ruolo tradizionale del DP che si concretizza nell'attività ispettivo-autorizzativa. In particolare, il dipartimento dovrà trovare nel distretto il luogo principale di integrazione e condivisione dei programmi, proprio perché il distretto è l'ambito dell'assistenza primaria ed è titolare delle relazioni con gli enti locali e con la comunità di riferimento. È necessario sviluppare ed integrare le attività di promozione della salute con quelle di prevenzione, garantendo l'equità sociale degli interventi.</p> <p>Con la LR 7-12-2006 n. 41, all'art. 43 viene evidenziato e riconosciuto che il DP è preposto alla tutela della salute collettiva. In particolare individua e rimuove i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro e persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità della vita. Si sottolinea, che ogni ASL, definisce con atto regolamentare l'articolazione organizzativa del DP prevedendo modalità di integrazione e coordinamento con i Distretti sanitari e gli altri Dipartimenti aziendali.</p> <p>Viene codificato, anche in Regione Liguria che l'articolazione organizzativa del DP secondo le indicazioni della normativa nazionale.</p> <p>Il PRP ha sviluppato nel PSSR 2009-2011 un innovativo modello di rete dotato di struttura funzionale a matrice con quattro reti verticali ed orizzontali. La direttrice verticale rappresenta la dimensione all'interno della quale si sviluppano le 4 aree tematiche che costituiscono lo sfondo del Servizio sanitario pubblico: prevenzione, acuzie emergenza/urgenza, fragilità/cronicità e riabilitazione. La direttrice orizzontale sulla quale si sviluppano reti cliniche o percorsi diagnostici e terapeutici attraverso le 4 aree verticali sopra citate rappresentandone i momenti di connessione con riferimento alla dimensione programmatica e organizzativa.</p>		<p>Nel Decreto regionale 10-6-2011 n. 40 "Atto di indirizzo, per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio" il DSM è una delle strutture operative aziendali dell'Azienda ASL, preposta alla promozione ed alla tutela della salute mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche, delle disabilità psicosofiche in base a quanto previsto dalla DGR n. 236/2000 (Progetto Obiettivo Regionale Salute Mentale).</p>
<p>Liguria</p>		<p>Nell'ambito della programmazione regionale il DMI non viene previsto. In alcune ASL esiste un DMI", con vari tipi di competenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - provvede alla tutela della salute attraverso attività di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento a favore dei cittadini aventi titolo, con particolare riguardo ai soggetti in età evolutiva, ed ai disabili - svolge la propria attività a livello ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale e domiciliare - eroga prestazioni di assistenza specialistica ed integrativa - garantisce il coordinamento e l'integrazione con le attività ed i servizi sociali nei casi previsti dalla legge. 	<p>L.R. 7-12-2006 n. 41 riconosce nell'ambito del distretto una collocazione funzionale alle articolazioni organizzative del Dipartimento di salute mentale.</p>

segue

Regione	Dipartimento di Prevenzione (DP)	Dipartimento Materno Infantile (DMI)	Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
<i>continua</i>	<p>Le attività di prevenzione sono collocate in una delle quattro "reti verticali" (le altre sono Cronicità, Emergenza e Riabilitazione) e trovano intersezione con le numerose reti orizzontali proprie delle diverse discipline: oltre alla prevenzione collettiva, quindi, incrociano in particolare anche quella oncologica, in relazione agli screening, e delle patologie cardiovascolari e metaboliche (diabete) [tale assetto organizzativo/programmatico nasce dalla valorizzazione delle iniziative di prevenzione già in essere]. Dalle esperienze dei precedenti PRP 2005-2007 e proroga 2008 e programmazione 2009, si è ravvisata la necessità di rafforzare un modello nel quale il centro regionale svolge funzioni di programmazione e di sostegno ai progetti di prevenzione, grazie anche al continuo monitoraggio e miglioramento della comunicazione tra le diverse strutture: ne è scaturito, e dovrà essere ulteriormente rafforzato, un forte coordinamento tra le molteplici entità: Agenzia Sanitaria Regionale DP delle ASL, Università e Scuola, INAIL, IPESL, IPSEMA e mondo del lavoro, Enti locali. DGR 25-11-2011, n. 1440 - Direttiva vincolante ex art. 8 comma 1 della LR 41/2006 e s.m.i. In materia di razionalizzazione delle strutture del DP delle aziende sanitarie locali. Recentemente la Regione Liguria con atto programmatico ha soppresso i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) assegnandone le funzioni e i compiti in parte ai Servizi di Igiene Pubblica e in parte ai Servizi Veterinari, per ragioni di spending review.</p>		
(continua) Liguria	<p>La Regione ha riconosciuto la prevenzione come linea di azione trasversale. Sotto il profilo organizzativo viene disciplinata inizialmente con l'art. 8 della L.R. Lombardia 31/97 con cui viene identificato il DP Medico e DP Veterinario. Anche la LR 33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", riconferma che nelle ASL le attività sanitarie e socio-sanitarie sono organizzate, nelle 2 tipologie di dipartimenti. Viene prevista in particolare una medicina preventiva nelle comunità. Il DP Medico è la struttura organizzativa complessa della ASL, cui è demandato l'esercizio delle attività di prevenzione di igiene e sanità pubblica; di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro; di igiene degli alimenti e della nutrizione; medicina preventiva nelle comunità. Il DP Veterinario, organismo di coordinamento, è organizzato nei seguenti servizi: sanità animale; igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati; igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.</p>		
Lombardia		<p>La separazione tra aziende ospedaliere e territoriali non ha permesso in Lombardia, l'istituzione del Dmi così come enunciato dal decreto ministeriale. La Legge 31/97 e le successive leggi di attuazione, comunque prevedono 'area <i>materno infantile</i> governata dal <i>dipartimento materno infantile</i>.</p>	<p>L.R. 30-12-2009 n. 33 <i>Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità</i>, prevede il <i>dipartimento di salute mentale</i> quale struttura organizzativa integrata e interdisciplinare che collega funzionalmente le unità operative di psichiatria e le unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, qualora afferenti.</p>

segue

<i>continua</i>	Regione	Dipartimento di Prevenzione (DP)	Dipartimento Materno Infantile (DMI)	Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
	Lombardia <i>(continua)</i>	Al Dipartimento di cui sopra competono funzioni di programmazione, coordinamento, supporto e verifica delle attività di sanità pubblica veterinaria svolte dai distretti di medicina veterinaria. Le attività di Sanità Pubblica Veterinaria trovano puntuale programmazione nel Piano Integrato delle attività di prevenzione e dei controlli predisposto in base alle indicazioni Regionali (Legge Regionale 8/2007 – DGR 4799/2007 e Circolare 32/SAN 2007).		
	Marche	Nelle Marche l'assetto del SSR è definito dalla L.R. 13/2003, modificato da ultimo dalla L.R. 1.08.2001, n. 11. L'ASUR inizialmente era articolata in 13 Zone Territoriali che avevano compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e sociosanitari. Con la L.R. 17/2011 è stata modificata l'organizzazione del SSR in particolare abolendo le 13 zone territoriali ed istituendo 5 Aree vaste con i relativi Dipartimenti di prevenzione. E' stata poi emanata la DGR 1287/2013 che ha previsto l'adeguamento strutturale dei DP (nel rispetto dell'articolazione prevista dal DL.vo 502/92), in ciascuna Area Vasta e la definizione dell'articolazione in relazione alla complessità del territorio di ciascuna area vasta, così come indicato anche nel nuovo PSSR 2012 – 2014. Accanto alle unità operative complesse l'ASUR assicura lo svolgimento "di funzioni di Epidemiologia, Promozione della Salute, Medicina dello Sport, coordinamento Screening nonché altre funzioni specialistiche di eccellenza, articolando al proprio interno la tipologia dei relativi incarichi. La L.R. 11/2011, istituisce altresì la direzione tecnica per la prevenzione collettiva con l'obiettivo di rendere efficiente un sistema a rete dei dipartimenti di prevenzione, attraverso atti di programmazione generale, indirizzo e coordinamento delle strutture operative.	PSR 2007/2009, la Regione Marche prevede due ambiti di attuazione dei servizi nel settore materno – infantile. L'ambito distrettuale che provvede alle cure primarie con i consultori familiari, le Unità multidisciplinari per l'età evolutiva (assistenza di base e specialistica), i servizi di prevenzione (vaccinazioni, screening), interventi di promozione di sani stili di vita. L'ambito funzionale omogeneo materno-infantile ospedaliero che comprende le neonatologie, le pediatrie, le neuropsichiatrie infantili e le ostetricie. Il collegamento fra i due ambiti avviene attraverso il Dipartimento materno-infantile.	
	Molise	Il Piano Operativo 2011-2012, approvato con DCA n. 80 del 26 settembre 2011, prevede la formale attivazione del Dipartimento unico di Prevenzione, che rappresenta la macro-struttura aziendale deputata all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nella macro-area della Prevenzione collettiva (Assistenza sanitaria collettiva E organizzato sulla base dei principi definiti dalla normativa sanitaria vigente (DL.vo n. 502/1992 e s.m.i.) e degli obiettivi di razionalizzazione organizzativa e funzionale, nonché dei vincoli di contenimento e razionalizzazione della spesa, sottoscritti dalla Regione.	Nell'ambito della programmazione regionale il DMI non esiste. In generale viene promosso il potenziamento su tutto il territorio regionale delle attività di tutela della salute della donna e di tutela della maternità attraverso azioni quali il potenziamento delle attività di informazione ed educazione alla procreazione responsabile.	

segue

Regione	Dipartimento di Prevenzione (DP)	Dipartimento Materno Infantile (DMI)	Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
<p><i>continua</i></p> <p>Regione</p> <p><i>(continua)</i></p> <p>Molise</p>	<p>Nell'ambito del DP vengono attivate anche due Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale (UOSD):</p> <p>1) UOSD "Servizi amministrativi e sottosistema informativo della Prevenzione", svolgerà tutte le funzioni di tipo amministrativo di supporto alle attività sanitarie, quali la gestione delle banche dati;</p> <p>2) UOSD "Epidemiologia e comunicazione", rappresenta la struttura di epidemiologia dell'area della prevenzione, finalizzata al potenziamento della capacità operativa del DP, che svolgerà anche le funzioni di raccordo con gli altri soggetti che faranno capo all'Osservatorio epidemiologico regionale.</p>	<p>Il PSSR 2012 – 2015 prevede che in ogni ASL sono istituiti i dipartimenti previsti da specifiche norme statali e regionali. In particolare prevede l'attivazione dei DMI funzionali e trasversali.</p> <p>Nei DMI convergono attualmente, su obiettivi specifici, tutte le Uo ospedaliere e territoriali dell'area Funzionale materno - infantile, compresa la (Neuropsichiatria Infantile – Npl).</p> <p>Il Piano regionale di prevenzione 2010 – 2012, ribadisce la necessità del coordinamento tra il DMI e i servizi di prevenzione, già presente nelle precedenti programmazioni della Regione. Nell'area materno infantile la Regione ha investito in promozione della salute e prevenzione sulla base delle evidenze scientifiche su: promozione dell'allattamento al seno, assunzione preconcezionale di acido folico, "Nati per leggere", prevenzione SIDS (<i>Sudden Infant Death Syndrome</i>, sindrome della morte improvvisa del lattante), trasporto sicuro, vaccinazioni raccomandate.</p>	<p>Nel PSSR 2012 – 2015 viene ribadita l'importanza del DSM. Il DSM è l'insieme delle strutture organizzative tese alla prevenzione, diagnosi e produzione di tutte le prestazioni sanitarie e sociali utili a garantire la presa in carico e la continuità terapeutica del proprio bacino d'utenza, anche attraverso progetti di integrazione socio-sanitaria.</p>
<p>Piemonte</p>	<p>Il DP viene definito nei Piani sanitari regionali della Regione Piemonte, come struttura organizzativa complessa del SSR cui compete la funzione di coordinamento e direzione delle attività di prevenzione primaria che si svolgono nell'ambito della ASL.</p> <p>Il Piano regionale della prevenzione 2010 – 2012 prende atto dell'avvio di una nuova architettura coordinata, a livello centrale, attraverso il "Coordinamento della Prevenzione" e, a livello locale, attraverso la "Direzione integrata della Prevenzione" con lo scopo di realizzare maggiore integrazione fra i tanti servizi che promuovono e fanno prevenzione.</p> <p>A livello intermedio è istituita una rete di servizi di riferimento e di supporto a cui concorrono numerose strutture esterne alla Regione, ma coordinate dalla stessa, costituite da operatori principalmente appartenenti alle ASL.</p> <p>L'accorpamento delle aziende sanitarie con <i>DGR n. 10-9336 del 1/08/2008</i> ha ridefinito l'organizzazione delle strutture presenti sul territorio e, successivamente, ha preso avvio la riorganizzazione delle direzioni regionali. Le precedenti tre direzioni regionali, infatti, sono confluite in un'unica direzione, al cui interno i quattro Settori della ex Direzione Sanità Pubblica, a cui facevano riferimento i Servizi dei DP delle ASL, sono ora diventati due:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva, risultato dalla fusione del Settore Prevenzione in ambienti di vita e lavoro e del Settore Igiene e sanità pubblica; – Prevenzione veterinaria, nel quale sono confluiti il Settore Sanità animale e igiene degli allevamenti e il Settore Vigilanza e controllo degli alimenti di origine animale. 		

segue

<i>continua</i>	Dipartimento di Prevenzione (DP)	Dipartimento Materno Infantile (DMI)	Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
Regione <i>(continua)</i> Piemonte	<p>Nel nuovo Settore che si occupa di prevenzione umana sono state inoltre inglobate anche materie che in precedenza erano di competenza di altri Settori regionali, come la medicina legale, la medicina dello sport, la promozione della salute, gli interventi e i programmi di prevenzione secondaria (tra questi gli screening oncologici).</p> <p>Il Piano della Salute Regionale 2008-2010 ha previsto il potenziamento e la riorganizzazione delle attività di prevenzione. Nel 2009 è stato approvato il Regolamento regionale 13/2009 e s.m.i. di organizzazione del DP. Il DP è una struttura dipartimentale (disciplinata dall'art. 13 della LR 3 agosto 2006 n. 25) dotata di autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato per centri di costo e di responsabilità ai sensi dell'art.7 del DL.vo n. 502/92 e s.m.i. Si articola in Unità Operative Complesse (UOC).</p> <p>In staff alla Direzione del DP sono istituite tre strutture semplici con funzioni tecnico-sanitarie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Epidemiologia e flussi informativi; 2) Qualità, comunicazione, formazione, Educazione sanitaria; 3) Servizio Tecnico della Prevenzione ai sensi dell'art. 34 della L.R. n. 26/2006. <p>Tenendo conto della peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi del radicamento territoriale dei servizi ed in considerazione della entità numerica della popolazione, delle caratteristiche orografiche del territorio, della viabilità e dei collegamenti il territorio della ASL Bari è diviso in 3 Aree Territoriali, quello di Lecce in 2, quello della ASL Foggia è diviso in 2, quello di Taranto, Brindisi e BAT in 1 Area Territoriale.</p> <p>Il PSR 2006-2008 prevede l'istituzione del DP e ne indica compiti e funzioni dei servizi ed il modello organizzativo di riferimento. In coerenza con quanto previsto dal DL.vo n. 229 del 1999, le attività del Dipartimento sono integrate con quelle delle altre strutture della ASL, in particolare del Distretto.</p> <p>Gli indirizzi dell'atto aziendale dovranno inoltre prevedere l'istituzione ed il funzionamento del Servizio di medicina legale presso le ASL.</p>		
Puglia		<p>In alcune ASL esiste un Dipartimento infantile, con vari tipi di competenze ma manca una disciplina generale dello stesso.</p>	<p>Nella L.R. 25/2006, il DSM è la macro-struttura organizzativa della ASL che comprende tutte le strutture ed i servizi territoriali ed ospedalieri che si occupano specificamente di garantire l'assistenza nel campo della salute mentale; esso ha il compito di coordinare gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione del disagio psichico della popolazione del territorio di competenza. Mediante le sue strutture e servizi, si pone come il garante del governo clinico della salute mentale di un determinato territorio.</p>
Sardegna	<p>Il PSR 2006-2008 prevede l'istituzione del DP e ne indica compiti e funzioni dei servizi ed il modello organizzativo di riferimento. In coerenza con quanto previsto dal DL.vo n. 229 del 1999, le attività del Dipartimento sono integrate con quelle delle altre strutture della ASL, in particolare del Distretto.</p> <p>Gli indirizzi dell'atto aziendale dovranno inoltre prevedere l'istituzione ed il funzionamento del Servizio di medicina legale presso le ASL.</p>	<p>La DGR 30/38 del 2007 che contiene gli indirizzi regionali per la predisposizione dell'atto aziendale, definisce il DMI come un dipartimento funzionale che deve garantire l'integrazione dell'offerta dei servizi tra territorio ed ospedale.</p> <p>Nella Regione è mancata una indicazione precisa delle attività di prevenzione da riconoscere al DMI.</p>	<p>Nel PSR 2006-2008 prevede come Obiettivo prioritario del Piano la concreta istituzione del DSM. In particolare la DGR 39/5 del 2009 "Progetto strategico salute mentale: linee di indirizzo per l'organizzazione del DSM e delle dipendenze" prevede 6 dipartimenti di salute mentale e dipendenze e 2 DSM a Cagliari e Sassari, in quanto città più estese territorialmente e con alta concentrazione di utenti che necessitano di Dipartimenti separati.</p>

segue

<i>continua</i>		Dipartimento di Prevenzione (DP)	Dipartimento Materno Infantile (DMI)	Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
Regione		<p>La circolare 21 marzo 2001, n. 1045 contiene le "Linee guida del Dipartimento di prevenzione". Il PSR 2000-2002 ribadisce che l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie e tiene conto sia delle modifiche organizzative introdotte dal DL.vo 229/99 che dei contenuti del PSR.</p> <p>Con il Decreto 1 marzo 2006, viene dato corso all'istituzione del dipartimento di prevenzione medico e del Dipartimento di prevenzione veterinario, in sostituzione del dipartimento strutturale di prevenzione. Nell'allegato A della DGR 28 dicembre 2005, n. 636 sono definiti i criteri e le linee guida per l'istituzione dei dipartimenti strutturali in questione, considerato che si reputa opportuno rinnovare sperimentalmente il dipartimento di prevenzione riorganizzandolo in due diverse strutture che garantiscano le specificità dell'area medica da quella veterinaria nell'ottica dell'appropriatezza delle prestazioni. L'assetto organizzativo interno e le funzioni dei dipartimenti sono quelli previsti dalla circolare 21 marzo 2001, n. 1045 rispettivamente afferendo al dipartimento veterinario quelli già individuati come specifici della corrispondente area dipartimentale di sanità pubblica veterinaria e a quello medico quelli delle aree di igiene e sanità pubblica e di tutela della salute e sicurezza degli ambienti di lavoro.</p> <p>La Regione siciliana prevede inoltre il Dipartimento per le attività sanitarie ed osservatorio epidemiologico (DASOE). Il D.A.S.O.E. è stato istituito con L.R. 16.12.2008, n. 19 di riorganizzazione dei dipartimenti regionali e costituisce insieme al Dipartimento per la Pianificazione strategica l'articolazione organizzativa dell'Assessorato Regionale della Sanità.</p> <p>Le funzioni del DP sono inizialmente definite dall'art. 67 della LR 41/2005 "Disciplina del servizio sanitario regionale" di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a).</p> <p>La prevenzione è organizzata in attività così come previste dalle indicazioni nazionali.</p> <p>A supporto dell'attività di prevenzione svolta dai dipartimenti si affianca quella dei laboratori di sanità pubblica di area vasta (Lspav), strutture organizzative, nate nel 2008 con la modifica alla L.R. 40 (L.R. 60/2008, art. 67, comma 3 bis). Con la L.R. 81/2012 viene definito che in ciascuna azienda unità sanitaria locale il DP è la struttura preposta alla tutela della salute collettiva e vengono disciplinate le nuove competenze.</p>	<p>Secondo quanto previsto nel PSR 2000-2002 la Regione Sicilia ha ricompreso nelle ASP tutti i servizi dell'area materno infantile e sono stati inseriti all'interno del DMI, in quanto unico contesto organizzativo in grado di "sinegizzare le attività delle Aziende territoriali ed ospedaliere valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative, in particolare, a livello orizzontale, il DP e, a livello verticale, il Distretto"</p> <p>Successivamente nel PSR 2011-2013, ancora di più si è inteso rafforzare il modello organizzativo dell'integrazione sanitaria con il sociale al fine di realizzare azioni congiunte delle ASP con i Comuni.</p> <p>Il PSR 2011-2013, ribadisce l'importanza dei DMI, al quale oltre a riconoscergli i compiti già delineati nel Decreto Assessorile 12/6/2003, ne ha previsti altri finalizzati a garantire la continuità delle cure e a rafforzare la tutela dei soggetti deboli.</p>	<p>In ogni Azienda USL è costituito un DSM con il compito di garantire una risposta globale ai bisogni di salute mentale dei cittadini e assicurare l'unitarietà dei percorsi assistenziali e degli interventi di prevenzione (DGR 27 dicembre 2007, n. 1016 "Linee guida per l'organizzazione e il funzionamento del DSM).</p>
Toscana			<p>In Toscana è mancata una indicazione precisa per il DMI. Il PSR della Toscana prevede "l'area funzionale materno infantile". Il Servizio sanitario Toscano ha sviluppato nei suoi ultimi PSR un programma di integrazione della rete sanitaria che ha permesso di attuare, nell'area materno infantile, un'ampia analisi dei bisogni sanitari, dei requisiti assistenziali e delle opportune scelte collaborative ed organizzative, funzionali a livelli di crescente qualità ed appropriatezza.</p>	

segue

Regione	Dipartimento di Prevenzione (DP)	Dipartimento Materno Infantile (DMI)	Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
<p><i>continua</i></p> <p>Regione</p>	<p>Il DP si articola nelle seguenti unità funzionali, a valenza aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) igiene pubblica e della nutrizione; b) sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare; c) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro; d) medicina dello sport. <p>Il direttore del Dipartimento negozia con la direzione aziendale il budget complessivo del DP e svolge in particolare i seguenti compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) promuove lo sviluppo di progetti di collaborazione in ambito regionale con i Dipartimenti delle altre aziende, con la finalità di creare una rete regionale delle attività di prevenzione; b) promuove la definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori e quelli di comunicazione istituzionale; c) concorre per quanto di competenza alla definizione dei programmi di educazione alla salute; d) individua strumenti specifici per il controllo di gestione e per la verifica della qualità delle prestazioni in coerenza con quelli generali definiti dalla direzione aziendale; e) coordina le attività al fine di assicurare che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio dell'azienda; f) assicura l'attuazione uniforme sul territorio aziendale degli indirizzi contenuti nella programmazione regionale; g) garantisce forme coordinate di raccordo con le strutture territoriali dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (ARPAT) e con le strutture territoriali dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana. <p>I DP possono svolgere in forma associata talune prestazioni, secondo le modalità definite dai comitati di area vasta. In particolare ai Dipartimenti, eventualmente su scala sovraziendale, viene ricondotta la funzione di sorveglianza epidemiologica.</p> <p>Le attività di carattere analitico inerenti la prevenzione collettiva sono svolte dalla struttura organizzativa denominata "laboratorio unico regionale di sanità pubblica" che si articola per sede unica o sede di area vasta.</p>	<p>Il PSR 2008-2010 intende sostenere interventi previsti dalla "rete Materno-Infantile Regionale" approvato con la DGR 784/2004.</p> <p>Viene valorizzata e sostenuta la collaborazione già avviata da PLS, MMG, strutture ospedaliere e consultori ali, sia per quanto attiene la promozione della salute e di corretti stili di vita, sia per la gestione dei percorsi diagnostici terapeutici.</p> <p>Le Aziende USL istituiscono le Aree funzionali materno infantili, che coordinano le attività del settore presenti nel presidio ospedaliero di zona o nell'ospedale sovra zonale di riferimento. Il regolamento aziendale definisce il numero e la composizione delle aree funzionali e le strutture organizzative che ne fanno parte. A livello di ASL esistono dei DMI con vari tipi di competenze.</p>	<p>Dipartimento di Salute Mentale (DSM)</p>
<p><i>(segue)</i></p> <p>Toscana</p>			

segue

continua				
Regione	Dipartimento di Prevenzione (DP)	Dipartimento Materno Infantile (DMI)	Dipartimento di Salute Mentale (DSM)	
<p>Umbria</p>	<p>Con la DGR n. 101 del 6.02.2012, sono state adottate le linee di indirizzo per il riordino del DP, macrostruttura organizzativa che eroga le prestazioni proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita dei singoli e della collettività.</p> <p>Il nuovo assetto organizzativo, a carattere prettamente funzionale è stato individuato seguito dalla LR18/2012, "Ordinamento del SSR", con l'obiettivo di recuperare risorse attraverso il potenziamento del livello di aggregazione tra servizi affini mediante la definizione di obiettivi comuni e integrati, agibili come risposte articolate a bisogni di salute complessi. Il DP così come previsto nelle nuove linee guida individua solo quattro aree di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sanità pubblica; - la prevenzione nei luoghi di lavoro; - la sicurezza alimentare; - la sanità pubblica veterinaria. 	<p>Il PSR 2009-2012 ribadisce l'importanza, ai fini del governo clinico, delle attività del DMI, finalizzato a migliorare e diffondere le esperienze di prevenzione e di adozione di nuovi stili di vita.</p>	<p>Il PSR 2009-2012 riconosce al DSM un ruolo centrale nella rete della cura della salute mentale, nell'ambito dell'ASL.</p>	
<p>Valle d'Aosta</p>	<p>La programmazione sanitaria PSR 2006-2008 riserva una particolare attenzione all'area della prevenzione, ritenendola strategica dal punto di vista organizzativo e determinante dal punto di vista etico ai fini della tutela e della promozione della salute delle persone. Viene disciplinato il DP, caratterizzato da un particolare orientamento dei servizi ai bisogni di salute della popolazione. Si richiama la L.R. 41/1995 con cui è stato disciplinato il Dipartimento nella programmazione regionale della Valle d'Aosta. Recentemente il PSSR 2011-2013 - <i>Approvazione del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013</i> - dedica particolare attenzione alla rinnovata organizzazione del DP, in vista della sua collocazione in una sede unica. Viene previsto un processo articolato che dilata la programmazione delle attività di prevenzione al di là dei confini delle attività tradizionali dei servizi del Dipartimento stesso, all'interno dell'organizzazione sanitaria regionale e all'esterno regionale e altre articolazioni amministrative quali i comuni e le comunità montane. I programmi di prevenzione richiedono il pieno coinvolgimento di linee operative tradizionalmente collaterali ai servizi specializzati in prevenzione, quali i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, gli specialisti convenzionati e i medici ospedalieri, e la messa in campo, nella programmazione regionale, di leve incentivanti quali la concessione di crediti formativi e il patto aziendale.</p>	<p>Dalla programmazione regionale si evince che il ruolo del DMI ha una posizione centrale sul piano organizzativo dell'ASL, quale entità tecnico funzionale che attiva azioni mirate al soddisfacimento dei bisogni della popolazione dell'area materno-infantile. Il compito del DMI è quello di elaborare protocolli operativi coordinando le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sia a livello territoriale sia a livello ospedaliero. Il Dipartimento collega le strutture ospedaliere di ostetricia e ginecologia e di pediatria e neonatologia, i servizi territoriali ostetrico-ginecologici e pediatrici ed i servizi sociali territoriali, la neuropsichiatria infantile ospedaliera e territoriale e i pediatri di libera scelta. E' un tipico Dipartimento di raccordo fra ospedale e territorio, atto a garantire ai pazienti la migliore continuità assistenziale.</p>	<p>Il PSSR 2011-2013 ribadisce la centralità del DSM come il soggetto preposto a coordinare la predisposizione di un piano di integrazione per il settore della salute mentale.</p>	

segue

Regione	Dipartimento di Prevenzione (DP)	Dipartimento Materno Infantile (DMI)	Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
<p><i>continua</i></p> <p>Veneto</p>	<p>La Regione Veneto con la L.R. 56/1994 ha definito all'art.23 il DP e le relative funzioni, e con la DGR 3415/2002 ha approvato le <i>Linee guida per la predisposizione dell'Atto aziendale e per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Ulss</i>.</p> <p>Tutti i DP sono articolati in Servizi, come prevedono le Linee guida regionali, in base alle indicazioni dell'art.7 quater del decreto legislativo n.229/1999.</p> <p>Recentemente con l'art. 6, comma 1, LR 29 giugno 2012, n. 23 è stato rivisto il testo originario prevedendo che il DP è articolato almeno nei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – igiene e sanità pubblica; – prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro; – igiene degli alimenti e della nutrizione; – veterinario, di norma articolato distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche. <p>E' prevista la possibilità di istituire il Servizio con funzioni di medicina legale e necroscopica, il Servizio di promozione ed educazione della salute, e il Servizio tutela della salute nelle attività sportive.</p>	<p>Nella Regione non è stato attuato il DMI. Esiste un responsabile per l'area materno-infantile che non ha potenzialità e funzioni identiche in ogni Asl.</p> <p>In alcune aziende, non moltissime, sono previsti i pediatri di comunità che si interessano prevalentemente di <i>screening</i>.</p> <p>A livello distrettuale operano delle UO con personale che dipende amministrativamente dal dirigente di distretto e collabora alla realizzazione dei progetti obiettivi definiti dal referente per l'area materno infantile.</p>	<p>Il PSSR 1996 – 1998 prevede che in tutte le Aziende ULSS deve essere attivato il DSM. Il Piano prevede una organizzazione dipartimentale dove si realizza una diffusa e completa tutela della salute mentale, negli ambiti preventivo, terapeutico e riabilitativo, con risultati rilevabili e valutabili da appositi indicatori.</p>
<p>Provincia Autonoma Bolzano</p>	<p>La <i>LP 13-5-2011 n. 3 - Norme in materia di assistenza e beneficenza, di procedimento amministrativo, di superamento o eliminazione delle barriere architettoniche, di igiene e sanità e di edilizia agevolata</i>, prevede una modifica dell'art. 9 LP 5 marzo 2001, n. 7, "Riordinamento del Servizio sanitario provinciale", per il DP. E' previsto presso l'ASP di Bolzano il DP, a cui fa capo un Comitato tecnico.</p> <p>Il Dipartimento è così composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Servizi di Igiene e sanità pubblica; – Servizio di Medicina del lavoro; – Servizio di Medicina dello sport; – Servizio di Dietetica e nutrizione clinica; – Servizio Pneumologico; – Servizio Veterinario; – Sezione di Medicina ambientale. 		

segue

Regione	Dipartimento di Prevenzione (DP)	Dipartimento Materno Infantile (DMI)	Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
<p><i>continua</i></p> <p>Provincia Autonoma Trento</p>	<p>La LP 23-7-2010 n. 16 - <i>tutela della salute in provincia di Trento</i>, disciplina il DP.</p> <p>1. Il DP garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo, per quanto di propria competenza, gli obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita. A tal fine, anche in coordinamento con altre strutture dell'azienda, svolge azioni volte a individuare, rendere note e rimuovere le cause di rischio per la salute di origine ambientale, umana e animale.</p> <p>2. Il DP svolge le seguenti attività, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:</p> <ol style="list-style-type: none"> sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; tutela dai rischi sanitari connessi con l'inquinamento ambientale; tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; salute animale e igiene urbana veterinaria; sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori; sorveglianza e prevenzione primaria delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di <i>screening</i>; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; valutazione medico-legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche; promozione e coordinamento di azioni di educazione alla salute; sorveglianza epidemiologica, tutela e promozione della salute degli immigrati e delle persone in situazione di emarginazione sociale, compresa un'adeguata informazione di tale utenza tramite strumenti di comunicazione efficaci. <p>3. Per svolgere i compiti indicati nel comma 2, lettere b), e) ed f), il DP collabora con l'Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente e l'Istituto zooprofilattico territorialmente competente.</p> <p>4. Il DP si articola su base distrettuale per lo svolgimento delle attività relative alla valutazione medico-legale degli stati di disabilità ai fini dell'articolo 21, comma 2.</p>	<p>Sia la DGP 7.12.2007, n. 2737 "Adozione del Piano Provinciale per la salute dei cittadini XIII legislatura" che il Regolamento di organizzazione della Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento del marzo 2011, prevedono l'istituzione del DMI. Non sono invece delineate le attività e le competenze. Vengono auspiccate soluzioni assistenziali innovative volte a promuovere interventi integrati di carattere preventivo e che richiedono collaborazioni tra PLS, MMG e attività distrettuali.</p>	

RACCOLTA E ANALISI DEGLI ORGANIGRAMMI DELLE AZIENDE

Al fine di approfondire la comprensione dell'assetto organizzativo delle strutture di prevenzione e delle ASL all'interno delle quali sono collocate, si è proceduto alla raccolta degli organigrammi aziendali.

Confidando nell'obbligo di legge relativo (pubblicazione dell'organigramma delle ASL) si è dapprima effettuata una ricerca sui siti di tutte le ASL. I risultati di questa ricerca sono stati piuttosto deludenti (solo una cinquantina di ASL avevano il proprio organigramma pubblicato sul sito relativo); di conseguenza, è stato richiesto il supporto anche dei Referenti Regionali dello studio e dei Direttori Sanitari. Anche attraverso queste fonti la ricognizione non è risultata completa, per cui si è optato per l'analisi degli atti aziendali (ove disponibili) dai quali è stato possibile ricavare informazioni sulla organizzazione aziendale seppur in assenza di un vero e proprio diagramma di flusso.

Infine, laddove non si potesse reperire l'organigramma si è ricorso almeno a quello relativo al segmento della ASL che riguarda il DP, delle informazioni messe a disposizione dall'Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (OIP) o inviato da referenti regionali o i diagrammi di flusso degli organigrammi.

Per ogni DP delle ASL italiane, attraverso la documentazione a disposizione e quella recuperata dai siti aziendali, sono state individuate le unità organizzative complesse, semplici e territoriali, classificate come di seguito indicato (ove non fosse stata desumibile la tipologia di unità, seppur indicata come funzionale/strutturale, è stata riportata la presenza della stessa in un apposito campo denominato "non desumibile"):

- Unità Operativa Complessa (UOC);
- Unità Operativa Semplice (UOS);
- Unità Operativa Territoriale (UOT)³;
- Non desumibile.

Nel caso in cui gli organigrammi delle ASL (cfr ad esempio quelli della Regione Emilia-Romagna) indicassero il nome dell'unità senza specificarne la tipologia (semplice o complessa), si è proceduto a desumerla a seconda della qualifica riportata dal Dirigente dell'unità-Responsabile/Direttore.

In definitiva, è stato possibile risalire alla struttura di 142 DP su un totale di 150 (94%) (ASUR Marche contiene 4 DP pur essendo una singola ASL ad estensione regionale, presenti sul territorio nazionale).

Le informazioni derivano da organigrammi completi di ASL in forma di diagramma di flusso e da atti aziendali in 117 casi (82%) e da organigrammi specifici di DP derivati dagli studi dell'OIP in 25 casi (17%).

Per 2 Regioni (Calabria e Umbria) non è stato possibile ricavare né gli organigrammi completi in forma di diagrammi di flusso né gli atti aziendali ed è stato utilizzato solo materiale relativo ai DP proveniente dall'OIP; per 12 Regioni – Basilicata, PA Trento, Valle d'Aosta, Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, ASUR Marche, Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM), Piemonte, PA Bolzano e Veneto – è stato possibile ricavare le informazioni relative a tutte le ASL attraverso gli organigrammi completi o atti aziendali (Tabella 5).

³ Le attività dei servizi si possono svolgere presso UOT costituite in rapporto alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza.

Tabella 5. Numero di organigrammi ASL, Atti Aziendali e organigrammi dei Dipartimenti di Prevenzione (questi ultimi ricavati da OIP e da referenti regionali)

Tipo di organigramma	n.
Organigrammi ASL completi (in forma di diagramma di flusso) e atti aziendali	117 (82%)
Organigrammi specifici dei Dipartimenti di Prevenzione	25 (18%)
Totale	142

All'interno dei DP sono state conteggiate 865 UOC, 933 UOS, 331 UOT e 260 strutture non caratterizzabili. Mediamente, i DP contengono 16,8 unità organizzative al loro interno, più specificamente sono presenti mediamente 6 UOC, 6,5 UOS e 2,3 UOT, ma tali risultati vengono condizionati dalla impossibile caratterizzazione delle strutture "non desumibili" presenti in 45 DP. Escludendo i DP con strutture non desumibili per ricavare dati più affidabili, il campione si riduce a 97 dai quali si evince che sono presenti mediamente 6,3 UOC (mediana 6, deviazione standard 2,7). Sono presenti in media 6,7 UOS (mediana 4, deviazione standard 7,4), con un massimo di 32 unità presenti nella AUSL Bologna e 21 DP in cui non sarebbero presenti strutture semplici; infine, sono 82 (84%) i DP che non presentano UOT e – tra coloro che ne sono invece provvisti – quello della ASL Cosenza presenta il massimo numero di unità, con 42 strutture.

Dall'analisi preliminare degli organigrammi emerge inoltre una disomogeneità nelle modalità attuative della organizzazione del DP che variano per la differente distribuzione del potere organizzativo, il numero e la tipologia di servizi o aree attivati.

Con riferimento alle UOT si riscontra grande variabilità tra le diverse Regioni; possono essere Unità operative semplici a valenza territoriale, semplici uffici o altro non meglio specificato. Nei casi in cui era presente la specifica di unità operativa semplice, l'unità è stata conteggiata nella colonna "UOS", specificando con nota la valenza territoriale; nel caso non fosse specificato e non fosse desumibile altra informazione, l'unità è stata conteggiata nella colonna "UOT"; quando si evinceva che l'UOT era un semplice ufficio territoriale, l'unità non è stata conteggiata nella scheda aziendale.

Si è rilevato, inoltre, che alcune attività che potrebbero per la tematica essere gestite all'interno delle aree SISP, SIAN, SPRESAL, SVET, ecc. attraverso unità operative dedicate, talvolta sono organizzate con unità operative autonome rispetto a quelle delle aree pur rimanendo però afferenti al DP (es. cfr medicina del lavoro – UO SPRESAL; medicina legale – UO SISP, medicina dello sport – UO SISP).

Emerge, altresì, che alcune aziende (es. ASP Regione Sicilia) hanno articolato il DP in due dipartimenti strutturali (Dipartimento di Prevenzione per la Salute o Dipartimento di Prevenzione Medico e Dipartimento di Prevenzione Veterinario) che fanno capo alla direzione sanitaria o alla direzione generale.

In altre aziende, quali quelle della Regione Piemonte, è stata istituita una Direzione Integrata della Prevenzione (che in alcuni casi, stante la complessità delle funzioni, viene identificata come Struttura Complessa con posizione analoga a quella dipartimentale).

Teoricamente è obbligatoria l'istituzione di un Comitato di Dipartimento, quale organo collegiale che coadiuva il Direttore di Dipartimento nell'esercizio delle proprie funzioni ed ha lo scopo di coinvolgere sulle scelte generali, in un momento di partecipazione e corresponsabilizzazione, i principali dirigenti delle strutture dipartimentali.

La presenza non è evidente e non sempre è menzionato dall'analisi effettuata. È da notare inoltre che la documentazione relativa agli organigrammi fornita dai referenti aziendali del progetto era in molti casi carente e le informazioni sono state, quindi, rilevate attraverso la

consultazione del sito istituzionale o degli atti aziendali/regionali in esso presenti la cui validità in termini temporali non ha potuto avere conferma. Pertanto, occorre leggere con adeguata cautela i dati riportati in Allegato al capitolo.

In sintesi

Dall'analisi preliminare degli organigrammi emerge una disomogeneità nelle modalità attuative della organizzazione del DP che variano per la differente distribuzione del potere organizzativo, il numero e la tipologia di servizi o aree attivati. Chi sono gli attori del PRP?

Allegato al capitolo

Distribuzione dei servizi per tipologia, per ASL e per Regione

Regione	ASL	CR	UOC	UOS	UOT	ND	totale
Abruzzo 4 ASL pop. 1.306.416 BUM 326.604	ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila	1	7	2	0	0	9
	ASL Lanciano-Vasto-Chieti	1	0	0	0	7	7
	ASL Pescara	1	4	2	3	4	13
	ASL Teramo	1	2	8	5	1	16
		4/4	13	12	8	12	45
Basilicata 2 ASL, pop. 577.562 BUM 288.781	ASL Potenza	1	7	8	21	1	37
	ASL Matera	1	4	0	14	0	18
		2/2	11	8	35	1	55
Calabria 5 ASP pop. 1.958.418 BUM 391.684	ASP Cosenza (OIP)	1	11	11	42	0	64
	ASP Crotone (OIP)	1	11	0	0	0	11
	ASP Catanzaro	0	0	0	0	0	0
	ASP Vibo Valentia (OIP)	1	2	6	0	0	8
	ASP Reggio Calabria	0	0	0	0	0	0
	3/5	24	17	42	0	83	
Campania 7 ASL pop. 5.764.424 BUM 823.489	ASL Avellino (1 e 2)	1	5	0	18	1	24
	ASL Benevento	1	7	20	0	0	27
	ASL Caserta	1	11	0	0	0	11
	ASL Napoli 1 Centro	1	9	15	0	2	26
	ASL Napoli 2 Nord (OIP) (Pozzuoli)	1	8	26	0	1	35
	ASL Napoli 3 Sud (Castellammare di Stabia)	1	1	0	11	34	46
	ASL Salerno 1-2 (OIP) -3	1	14	0	0	0	14
ASL Salerno 3 (accorpata alla ASL Sa 1-2)	/						
	7/7	55	61	29	38	183	
Emilia-Romagna 11 AUSL pop. 4.341.240 BUM 394.658	AUSL Piacenza	1	7	2	0	2	11
	AUSL Parma	1	10	6	8	0	24
	AUSL Reggio Emilia	1	5	5	35	11	56
	AUSL Modena	1	14	1	11	2	28
	AUSL Bologna	1	11	32	0	0	43
	AUSL Imola	1	3	8	0	0	11
	AUSL Ferrara	1	8	22	11	25	66
	AUSL Ravenna	1	7	0	12	0	19
	AUSL Forlì	1	5	5	0	2	12
	AUSL Cesena	1	6	22	0	12	40
AUSL Rimini (OIP)	1	7	3	0	3	13	
	11/11	83	106	77	57	323	
Friuli-Venezia Giulia 6 ASS pop. 1.217.780 BUM 405.927	ASS Triestina	1	5	3	0	0	8
	ASS Isonzia	1	4	0	0	0	4
	ASS Alto Friuli	1	2	4	0	0	6
	ASS Medio Friuli	1	5	2	0	0	7
	ASS Bassa Friulana	1	3	3	0	0	6
	ASS Friuli Occidentale	1	4	5	0	0	9
	6/6	23	17	0	0	40	
Lazio 12 ASL pop. 5.500.022 BUM 458.335	ASL RM/A (OIP)	1	6	15	0	0	21
	ASL RM/B	1	9	2	0	4	15
	ASL RM/C	1	8	5	0	0	13
	ASL RM/D (OIP)	1	8	14	0	0	22
	ASL RM/E (OIP)	1	7	15	0	0	22
	ASL RM/F (Civitavecchia)	1	7	0	0	0	7
	ASL RM/G (Tivoli)	1	7	3	0	0	10
	ASL RM/H (Albano Laziale)	1	0	0	0	11	11
	ASL Viterbo	1	5	20	0	0	25
	ASL Rieti	1	6	3	0	0	9
	ASL Latina	1	7	2	0	0	9
ASL Frosinone	1	6	26	0	0	32	
	12/12	76	105	0	15	196	

segue

continua

Regione	ASL	CR	UOC	UOS	UOT	ND	totale
Liguria 5 ASL pop. 1.567.339 BUM 313.468	ASL Imperiese	1	4	0	0	1	5
	ASL Savonese	1	0	6	0	0	6
	ASL Genovese	1	4	22	0	0	26
	ASL Chiavarese	1	5	1	0	0	6
	ASL Spezzino	1	6	13	0	0	19
		5/5	19	42	0	1	62
Lombardia 15 ASL pop. 9.700.881 BUM 646.725	ASL Bergamo	1	4	9	0	2	15
	ASL Brescia	1	11	13	12	0	36
	ASL Como	1	10	13	0	0	23
	ASL Cremona	1	7	4	0	0	11
	ASL Lecco	1	6	6	0	4	16
	ASL Lodi	1	10	10	0	1	21
	ASL Mantova	1	4	4	0	0	8
	ASL Città Milano	1	11	31	0	0	42
	ASL Milano 1 (Legnano)	1	8	14	0	0	22
	ASL Milano 2 (Melegnano)	1	7	7	12	0	26
	ASL Monza e Brianza	1	9	0	14	0	23
	ASL Pavia	1	7	17	0	0	24
	ASL Sondrio	1	0	0	0	8	8
	ASL Varese	1	5	19	0	0	24
	ASL di Vallecambonica-Sebino	1	2	6	0	0	8
		2/15	101	153	38	15	307
Marche ASUR Marche pop. 1.540.688	AV 1 Pesaro-Urbino-Fano	1	6	0	0	0	6
	AV 2 Senigallia-Jesi-Fabriano-Ancona	1	6	0	0	0	6
	AV 3 Civitanova Marche-Macerata-Camerino	1	6	0	0	0	6
	AV 4 Fermo	1	6	0	0	0	6
	AV 5 S. Benedetto del Tronto-Ascoli Piceno	1	6	0	0	0	6
		5/5	24	0	0	0	24
Molise pop. 313.145	ASREM		6	2	0	0	8
		1/1	6	2	0	0	8
Piemonte 13 ASL pop. 4.357.663 BUM 335.205	ASL Torino 1 e ASL Torino 2	2	10	19	0	0	29
	ASL Torino 2	0					
	ASL Torino3 (Collegno)	1	8	6	0	0	14
	ASL Torino4 (Chivasso)	1	6	15	0	0	21
	ASL Torino5 (Chieri)	1	6	4	0	6	16
	ASL Vercelli	1	5	6	0	0	11
	ASL Biella	1	5	4	0	0	9
	ASL Novara	1	7	11	0	0	18
	ASL VCO	1	6	2	0	0	8
	ASL Cuneo1	1	11	9	0	0	20
	ASL Cuneo2	1	6	3	0	0	9
	ASL Asti	1	5	8	0	0	13
ASL AL (Casale Monferrato)	1	6	15	0	1	22	
		12/12	81	102	0	7	190
Puglia 6 ASL pop. 4.050.072 BUM 675.012	ASL Brindisi/1	1	4	0	0	0	4
	ASL Taranto/1	0	0	0	0	0	0
	ASL BAT/1 (Barietta-Andria-Trani)	0	0	0	0	0	0
	ASL Bari	1	6	0	0	0	6
	ASL Foggia	0	0	0	0	0	0
	ASL Lecce (OIP)	1	12	58	13	25	108
		3/6	22	58	13	25	118
Sardegna 8 ASL pop. 1.637.846 BUM 204.731	ASL Sassari	1	6	3	0	0	9
	ASL Olbia (OIP)	1	5	2	0	6	13
	ASL Nuoro	1	6	2	0	0	8
	ASL Lanusei	1	3	4	0	0	7
	ASL Oristano	1	6	3	0	0	9
	ASL Sanluri	1	4	4	0	0	8
	ASL Carbonia	1	4	4	0	0	8
	ASL Cagliari	1	7	2	0	0	9
		8/8	41	24	0	6	71

segue

continua

Regione	ASL	CR	UOC	UOS	UOT	ND	totale
Sicilia 9 ASP pop. 4.999.854 BUM 555.539	ASP Agrigento	1	11	6	0	10	27
	ASP Caltanissetta (OIP)	1	10	14	0	0	24
	ASP Catania (OIP)	1	11	0	0	2	13
	ASP Enna (OIP)	1	10	5	0	1	16
	ASP Messina (OIP)	1	9	0	0	0	9
	ASP Palermo (OIP)	1	11	24	3	0	38
	ASP Ragusa (OIP)	1	9	10	9	0	28
	ASP Siracusa (OIP)	1	9	15	0	0	24
	ASP Trapani (OIP)	1	9	17	8	0	34
		9/9	89	91	20	13	213
Toscana 12 USL pop. 3.667.780 BUM 305.648	USL Massa Carrara (OIP)	1	6	0	10	1	18
	USL Lucca	1	12	0	0	7	19
	USL Pistoia	1	17	6	0	0	23
	USL Prato (OIP)	1	11	0	0	6	17
	USL Pisa	1	4	0	0	16	20
	USL Livorno	0	3	0	17	0	20
	USL Siena	0	1	0	0	6	7
	USL Arezzo (OIP)	1	9	0	17	5	31
	USL Grosseto	0	3	0	12	0	15
	USL Firenze (OIP)	1	4	21	0	0	25
	USL Empoli	1	5	4	0	0	9
USL Versilia (Viareggio)	1	6	4	0	1	11	
		9/12	81	35	56	42	215
PA Trento	APSS Trento	1	10	6	0	0	16
		1/1	10	6	0	0	16
PA Bolzano	AS Bolzano		8	1	0	0	9
		1/1	8	1	0	0	9
Umbria 4 ASL pop. 883.215 BUM 220.804	ASL 1 - Città di Castello (OIP)	1	4	5	1	0	10
	AUSL 2 - Perugia	0					
	ASL 3 - Foligno (OIP)	1	4	5	1	0	10
	ASL 4 - Terni	0					
		2/4	8	10	2	0	20
Valle d'Aosta pop. 126.620	AUSL Aosta	1	7	4	0	0	11
		1/1	7	4	0	0	11
Veneto 21 ULSS pop. 4.853.657 BUM 231.127	ULSS Belluno	1	5	5	0	0	10
	ULSS Feltre	1	2	4	0	1	7
	ULSS Bassano del Grappa	1	3	10	0	0	12
	ULSS Thiene (alto vicentino)	1	5	6	0	0	11
	ULSS Arzignano (ovest vicentino)	1	4	1	0	0	5
	ULSS Vicenza	1	3	1	7	5	14
	ULSS Pieve di Soligo	1	3	0	0	0	3
	ULSS Asolo	1	5	4	0	0	9
	ULSS Treviso	1	3	8	4	1	16
	ULSS S. Donà di Piave (Veneto Orientale)	1	5	1	0	0	6
	ULSS Veneziana	1	5	4	0	3	12
	ULSS Mirano	1	6	6	0	1	13
	ULSS Chioggia	1	3	0	0	0	3
	ULSS Cittadella	1	0	0	0	8	8
	ULSS Padova	1	5	0	0	0	5
	ULSS Este Monselice Montagnana	1	6	2	0	0	8
	ULSS Rovigo	1	5	3	0	0	8
	ULSS Adria	1	4	1	0	4	9
	ULSS Verona	1	7	21	0	2	30
	ULSS Legnago	1	6	1	0	0	7
	ULSS Bussolengo	1	1	4	0	3	8
		21/21	81	77	11	28	194

BUM bacino utenza medio CR Copertura della Rilevazione ND Non Desumibile

ANALISI DEI PRP 2010-2012

Per fronteggiare il problema dell'incremento delle malattie correlate a stili di vita non salutari, la maggior parte dei Paesi occidentali ha sviluppato dei Piani Nazionali di Prevenzione (PNP). In Italia, già i Piani Sanitari Nazionali (PSN) 1998-2000, 2003-2005 e 2006-2008 avevano sottolineato che numerose condizioni di morbosità e disabilità potevano essere prevenute attraverso l'adozione di modelli comportamentali e stili di vita salutari socialmente condivisi e proponevano azioni specifiche concernenti l'alimentazione, il fumo, l'attività fisica.

Il primo PNP⁴ 2005-2007 ha rappresentato un vero punto di svolta. A fronte del crescente peso anche economico, delle malattie cronico-degenerative, erano disponibili per alcune di queste patologie interventi di prevenzione efficaci e scientificamente fondati. È stato pertanto promosso e sostenuto un "approccio di Prevenzione attiva": un insieme di interventi offerti attivamente alla popolazione generale e ai gruppi a rischio con il coinvolgimento integrato dei vari soggetti dell'SSN impegnati nella prevenzione primaria e secondaria. Si poneva al centro del sistema di prevenzione il DP come coordinatore e regista di un coinvolgimento complessivo dei servizi sanitari nell'offerta di prevenzione. In tale prospettiva gli interventi preventivi non attendono a singole strutture sanitarie o articolazioni organizzative ma pervadono l'intero SSN.⁵

Il PNP 2010-2012⁶, rafforzando l'impostazione culturale mirata ad un'azione preventiva sempre più interdisciplinare e intersettoriale, amplia gli ambiti del precedente piano individuando 4 macro-aree di intervento:

- medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia;
- programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica, sia con controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ecc.;
- programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio (screening e prevenzione cardiovascolare);
- programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia.

Accanto alle nuove sfide per la prevenzione rappresentate dalle malattie croniche degenerative, che richiedono lo sviluppo di nuove strategie di intervento e l'utilizzo di strumenti e metodi innovativi, rimane, quale importante bagaglio di responsabilità e impegno, la consolidata e sperimentata attività di vigilanza e controllo su importanti e delicati ambiti quali la sicurezza sul lavoro e la sicurezza alimentare.

Per decisione comune di Regioni, Ministero della Salute e ISS rappresentato dal CNESPS, l'indagine conoscitiva si è concentrata sulle attività che ricadono nell'ambito di due linee di strategia del PNP 2010-2012:

⁴ Intesa Stato- Regioni del 23 marzo 2005.

⁵ Il Piano Nazionale della Prevenzione rappresenta uno sviluppo di quanto previsto dall'Accordo di Cernobbio 2004 sulle "linee di intervento prioritarie per il Servizio Sanitario Nazionale-SSN" e in seguito dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in cui Ministero della Salute e Regioni hanno convenuto di destinare al Piano Nazionale della Prevenzione attiva circa il 20% delle risorse finalizzate per gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, per un importo di circa 240 milioni di euro. Per la certificazione degli adempimenti interveniva un nuovo organismo, il Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie (CCM) istituito con la Legge 138/2004.

⁶ Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

– *Prevenzione universale*

Include la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, la promozione dell'attività fisica e la prevenzione degli infortuni sul lavoro in ambito edile, ha visto la stesura di 462 progetti (63% del totale dei 740 progetti presentati complessivamente dalle Regioni nel PNP) e mira ad affrontare e trattare problematiche sanitarie riguardanti la popolazione generale attraverso la realizzazione di progetti rivolti sia alla singola persona (come ad esempio gli screening, le vaccinazioni, l'educazione sanitaria), sia alla collettività (es. la promozione della salute), sia agli ambienti di vita e di lavoro (controlli nel settore alimentare, prevenzione degli infortuni sul lavoro).

– *Prevenzione delle complicanze e recidive di malattie*

In questo ambito individuiamo la prevenzione del rischio di disabilità negli anziani (36 progetti pari al 5% del totale di 740 progetti), è innovativa rispetto al PNP precedente (2005-2007) e testimonia una crescente attenzione alla prevenzione di patologie attinenti all'invecchiamento della popolazione e alla conseguente necessità di prevenire la disabilità e la non autosufficienza limitandone l'impatto socio-economico (OIP, Rapporto Prevenzione 2012). Per quanto riguarda la prevenzione universale, è importante mettere in evidenza che circa il 15% dei 740 progetti presentati dalle Regioni nei rispettivi Piani Regionali di Prevenzione (PRP) 2010-2012 riguardano l'area di Guadagnare Salute.

Nella prima fase dello studio, come suggerito dalle Regioni, si è proceduto con la lettura dei progetti contenuti nei PRP. Complessivamente, per le 4 aree della prevenzione considerate, ne sono stati analizzati 163, di cui (Tabella 6):

- 42 per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità;
- 34 per la promozione dell'attività fisica;
- 31 riguardanti entrambe le aree;
- 29 per la prevenzione della disabilità negli anziani;
- 27 per la prevenzione degli infortuni sul lavoro in ambito edile.

La lettura dei progetti, per quanto utile, è stata complessa e articolata. La forte eterogeneità delle informazioni contenute non ha facilitato l'analisi e, conseguentemente, l'individuazione delle strutture implicate negli interventi analizzati. In alcuni casi è stato possibile dedurre raccogliendo ulteriori informazioni sui progetti, mentre in altri, si è resa necessaria una consultazione diretta con i Referenti Regionali.

Le informazioni derivanti dai percorsi paralleli messi in atto da Agenzia Nazionale per i Servizi Regionali Sanitari (Agenas) e CNESPS (rispettivamente analisi normativa e dei PRP), sono state quindi utilizzate per la creazione e diffusione di un questionario di contesto (*vedi* modello nell'Allegato al capitolo precedente a pagina 34 che è stato inviato ai Referenti Regionali al fine di verificare i dati raccolti). Come nel workshop, anche in questo caso il coinvolgimento dei regionali ha avuto un ruolo "generativo" in quanto, non solo sono state fornite indicazioni che hanno indirizzato la scelta del problema da indagare, ma è stato promosso un processo di lettura condivisa delle informazioni e sono state valorizzate le conoscenze di tipo locale.

Nello specifico, il questionario ha proposto una lista di strutture identificate ed è stato chiesto ai Referenti se queste effettivamente rispondessero alla definizione di strutture deputate all'erogazione dei servizi di prevenzione (SESP) (Figura 1).

Al questionario hanno risposto 15 Regioni e 1 PA: Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, PA Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto.

Tabella 6. Ricognizione dei progetti nei Piani Regionali di Prevenzione 2010-2012 per le 4 aree di studio della prima fase

Regione	Prevenzione del sovrappeso e obesità	Promozione dell'attività fisica	Prevenzione della disabilità negli anziani	Prevenzione infortuni sul lavoro in ambito edile	Totale
Basilicata	1	1	1	1	4
Calabria	6 (progetti trasversali ad entrambe le aree)		2	1	12
	1	2			
Campania	4 (progetti trasversali ad entrambe le aree)		1	1	14
	4	4			
Emilia-Romagna	2	2	2	2	8
Friuli-Venezia Giulia	1 (progetti trasversali ad entrambe le aree)		2	4	7
Lazio	1 (progetti trasversali ad entrambe le aree)		2	1	5
	1				
Liguria	3 (progetti trasversali ad entrambe le aree)		6	2	22
	5	6			
Lombardia	2 (progetti trasversali ad entrambe le aree)		1	2	7
	2				
Marche	3	2	1	1	7
Piemonte	3 (progetti trasversali ad entrambe le aree)		2	1	12
	3	3			
Puglia	4 (progetti trasversali ad entrambe le aree)		1	1	15
	7	2			
Sardegna	1 (progetti trasversali ad entrambe le aree)		1	1	4
	1				
Valle d'Aosta	1	1	2	2	6
Sicilia	2 (progetti trasversali ad entrambe le aree)		1	1	5
		1			
Toscana	2 (progetti trasversali ad entrambe le aree)		1	3	10
	1	3			
PA Trento	2 (progetti trasversali ad entrambe le aree)		1	1	7
	1	2			
Veneto	9	5	2	2	18
Totale	31 (progetti trasversali ad entrambe le aree)		29	27	163

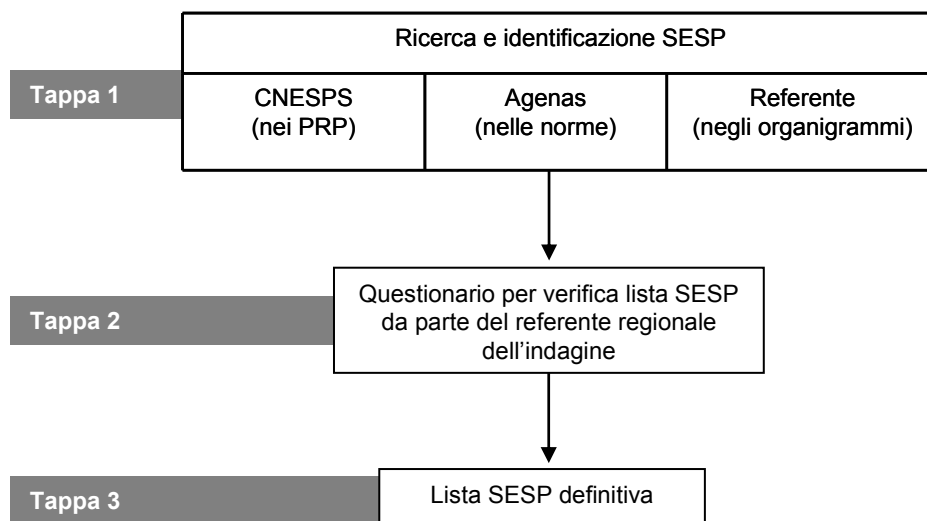


Figura 1. Tappe per la definizione dei SESP nell'area prevenzione

L'analisi delle informazioni ricevute ha evidenziato la grande varietà delle strutture coinvolte nelle attività di prevenzione, appartenenti non solo al sistema socio-sanitario, ma anche ad altre strutture esterne. Infatti, a fianco delle Aziende Sanitarie, anche altri attori hanno ruolo attivo nell'erogazione dei servizi di prevenzione.

Ciò è particolarmente evidente nell'area della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, nell'ambito della quale, oltre ai dipartimenti, servizi e unità operative delle aziende sanitarie e degli ospedali, si affiancano gli uffici scolastici regionali e provinciali, le scuole di ogni ordine e grado, i comuni, i municipi e gli enti locali, nonché le associazioni (di volontariato, di categoria, del commercio, dei consumatori) e le organizzazioni, tra le quali quelle sportive, che garantiscono un'erogazione capillare di servizi. Tale complessità si può rintracciare anche nel settore della promozione dell'attività fisica. In questo caso, le associazioni sportive e ambientaliste, i comitati paraolimpici e altre realtà aggregative sembrano giocare un ruolo fondamentale. Stesso panorama, si delinea per la prevenzione della disabilità negli anziani. Meno variegata è invece la situazione relativa alla prevenzione degli infortuni sul lavoro nella quale la maggior parte della prevenzione sembra essere erogata dai Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro dei DP. Tra le altre figure, sono state citate le Direzioni regionali e provinciali del lavoro e del comparto edile e, inoltre, l'Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) e l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL) successivamente integrato all'INAIL nel 2010.

Nelle prime 2 aree, a differenza delle successive, molti progetti (31) sono plurifattoriali coprendo contemporaneamente la sana alimentazione e l'attività fisica. Ciò denota una profonda consapevolezza dell'importanza di adottare un approccio integrato che includa entrambi gli aspetti al fine di aumentare l'efficacia degli interventi.

Oltre alle SESP del sistema socio-sanitario, altre strutture esterne ad esso, istituzionali o meno, hanno un ruolo attivo nella realizzazione di prestazioni di prevenzione, ma nel processo di ricerca antecedente alla somministrazione del questionario online alle SESP è stata presa di comune accordo dalle Regioni la decisione di studiare in maniera dettagliata solo le SESP del sistema socio-sanitario pubblico.

Dopo aver riscontrato tale criticità, le informazioni raccolte dalla ricognizione degli atti normativi e dalla lettura dei PRP, sono state sistematicamente organizzate all'interno di una tabella riepilogativa di tutte le potenziali SESP individuate. La griglia, trasformata in un questionario di contesto, è stata inoltrata ai Referenti ai quali è stato chiesto di integrare e modificare le informazioni raccolte.

Sono state raccolte le informazioni limitatamente alle 16 Regioni/PA che hanno partecipato alla prima fase di ricognizione delle SESP accettando di verificare quali fossero le strutture, appartenenti al servizio sanitario nazionale/regionale e no.

Il quadro d'insieme, riportato per le 3 aree in studio nelle Tabelle A1-A3 in Allegato al capitolo, mostra una situazione caratterizzata da grandissima variabilità intra- e interregionale.

Il lavoro di sintesi è risultato complesso anche a causa della diversa denominazione che, nell'ambito delle strutture interne al sistema sanitario, sono date agli stessi servizi.

Nell'area della Prevenzione Sovrappeso-Obesità (PSO) in 16 Regioni o PA su 17 analizzate, risulta impegnato il DP e le sue strutture, in 14 la ASL attraverso altre sue strutture, in 13 i PLS, in 11 le aziende/presidi ospedalieri e gli MMG; in 14 Regioni sono coinvolte nella PSO le istituzioni scolastiche, in 8 i Comuni/Enti locali e in 7 diverse forme di Associazionismo/Volontariato.

Nella Prevenzione Attività Fisica (PAF), in 13 Regioni o PA sono impegnate ASL e DP, in 8 gli MMG, in 6 i PLS; 13 Regioni o PA riferiscono l'impegno delle istituzioni scolastiche, 9 l'Associazionismo/Volontariato e 8 i Comuni/Enti Locali.

Nell'area della Prevenzione della Disabilità Anziani (PDA) il *pattern* delle SESP risulta leggermente differente, con 12 Regioni o PA in cui si rileva il coinvolgimento della ASL, 10 del DP, 8 dei Distretti e degli MMG e 6 delle Aziende/Presidi Ospedalieri; in 8 Regioni risultano coinvolti i Comuni/Enti Locali e l'Associazionismo/Volontariato.

In sintesi, si verifica tuttavia che le strutture all'interno del sistema sanitario pubblico sono prevalenti nel quadro complessivo degli "interventi" nella prevenzione sulla popolazione, anche se grande rilievo viene dato al mondo del *no profit*, alla scuola e agli enti locali.

Bibliografia di approfondimento

- Calamo Specchia FP, Lagravinese D. Osservatorio italiano sulla prevenzione (OIP): conferme sperimentali e prospettive di stabilizzazione. In: Boccia A. *et al.* (Ed.). *Rapporto Prevenzione 2012. La governance della prevenzione*. Bologna: Il Mulino; 2012. p. 17-320.

Allegato al capitolo

Tabella A1. Prevenzione del sovrappeso e dell'obesità:
SESP per Regione ricavate dai Piani Regionali di Prevenzione

	REGIONI																TOTALE	
	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia R.	Friuli V.G.	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	P. A. Trento	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Valle d'A.		Veneto
Strutture che erogano servizi di prevenzione del sovrappeso/obesità rintracciate nei PRP e indicate dai referenti regionali																		16
Dipartimenti di Prevenzione: dipartimento di sanità pubblica; SIAN; Unità operativa igiene e sanità pubblica (UOISP); Servizio di educazione alla salute; Servizi di prevenzione; UOESA (unità operative di educazione alla salute); U.O. Epidemiologia; SPRESAL; SISP; Servizi Veterinari; Medicina dello sport; Servizi di Medicina Scolastica																		14
ASL / AUUSL / ASP / ULSS: servizi farmaceutici (ASL); Nucleo referenti ASL per la Promozione della Salute (RePes); Servizio di Epidemiologia Sovrazonale*; U.O. di educazione sanitaria e promozione della salute* (ASP); Servizi di comunicazione ASL; Centro territoriale di prevenzione e terapia dell'obesità; Direzione statistica (Veneto); N.O. / U.O. Epidemiologia (non afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione)																		13
Organizzazioni PLS: U.O. Pediatria di Comunità																		11
Aziende / Presidi Ospedalieri: U.O. Ospedaliera di medicina del Lavoro (UOOML) / Ambienti di lavoro* (Lombardia); Istituto Gaslini; Reparto ostetricia e neonatologia; punti nascita ospedali; U.O. Dietologia e Nutrizione Clinica; Servizio di dietologia																		11
Organizzazioni MMG: Casa della Salute																		7
Distretti / Società della Salute: Medicina dello sport* (Puglia)																		7
Servizi sociali / Consultori																		4
Dipartimento materno infantile																		4
Dipartimento salute mentale																		2
Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati (IRCCS)																		1
Enti / Dipartimenti / Istituzioni di livello regionale: Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e solidarietà sociale, servizi alla persona e alla comunità; Osservatorio Epidemiologico regionale; Rete Epidemiologica Marchigiana (REM); Centro regionali di Riferimento per la Promozione della salute; centro regionale di educazione alimentare; SC.DORS; Assessorato ai trasporti; Osservatorio per la salute (assessorato alla salute e politiche sociali)*; Registro tumori del Veneto; Agenzia Sanitaria Toscana (ARS); Agenzia Sanitaria Regionale Puglia (ARES)																		7
Istituzioni scolastiche: Rete lombarda delle scuole che promuovono salute																		14
Comuni / Municipi / Enti Locali: Centri di educazione alimentare e benessere alla salute c/o Comuni																		8
Associazionismo: Associazioni di volontariato, categoria, consumatori, commercio, organizzazioni Sportive/enti di promozione sportiva																		7
Fattorie didattiche																		1
CONI																		1

Tabella A2. Promozione dell'attività fisica:
SESP per Regione ricavate dai Piani Regionali della Prevenzione

	REGIONI																TOTALE	
	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia R.	Friuli V.G.	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	P.A. Trento	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Valle d'A.		Veneto
Strutture che erogano servizi di <u>promozione dell'attività fisica</u> rintracciate nei PRP e indicate dai referenti regionali																		13
ASL / AAUSL / ASP / ULSS: Servizi di comunicazione; U.O.O.O. Promozione della salute ASUR (Marche); Servizi di Medicina Scolastica* (Liguria); Servizi Geriatrici*(Liguria)																		13
Dipartimento di prevenzione: SIAN; Servizi di epidemiologia; UOESA (unità operative di educazione alla salute), Centro territoriale di Medicina dello sport (Dipartimento di Sanità Pubblica); Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP); servizi di medicina dello sport; Servizio per l'educazione ambientale* (Liguria); Servizi di educazione alla salute* (Campania)																		8
Organizzazioni MMG																		6
Organizzazioni PLS / Pediatria di Comunità																		5
Distretti / Società della Salute																		5
Aziende / Presidi Ospedalieri: Azienda Ospedaliera (universitaria); U.O. reumatologia; U.O. Ospedaliera di medicina del Lavoro (UOOML); U. O. di Nutrizione Clinica e Dietologia; U.O. Cardiologia e diabetologia																		3
Servizi sociali / Consulenti																		2
Dipartimenti cure primarie																		2
Dipartimenti materno-infantile: U.O. materno infantile; Pediatria di comunità*(Calabria)																		2
Enti / Dipartimenti / Istituzioni di livello regionale: Agenzia Sanitaria toscana, ARS / agenzia regionale sanitaria (Puglia); Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità - Ufficio Politiche della Prevenzione(Basilicata); Osservatorio Epidemiologico Regionale (Basil); Ufficio Scolastico Regionale (Basil); Rete regionale per la promozione dell'attività fisica (Piemonte); Luoghi di prevenzione (centro regionale costituito tra AUSL, aosp e Iit- Emilia-Rom)																		5
Istituzioni scolastiche / Università: Rete lombarda delle scuole che promuovono salute; Università della terza età e del tempo disponibile (UTE TD); Università Facoltà Scienze Motorie; U.O. di medicina fisica e riabilitazione (Univ. Di Catanzaro)																		13
Associazione: volontariato, ass. sportive, ass. di categoria; ass. di consumatori; ass. Ambientaliste/Escursioniste; Cittadinanza Attiva, Associazioni Anziani (ADA); Associazione Trentina Malati Reumatici (ATMAR);																		9
Comuni / Municipi / Enti Locali																		8
Agenzia per l'energia e l'ambiente (ANEA)																		1

INDAGINE CAMPIONARIA SULLE STRUTTURE DEPUTATE ALL'EROGAZIONE DEI SERVIZI DI PREVENZIONE

Una componente centrale dell'indagine condotta è costituita dall'indagine campionaria sulle SESP che essenzialmente si prefigge di descrivere, utilizzando una griglia costruita sulla base della letteratura internazionale, i servizi e le componenti necessarie (definite “descrittori”, basati prevalentemente sull'esperienza del *National Public Health Performance Standards Program*, NPHPSP dei *Centers for Disease Prevention and Control* statunitensi per realizzare un'azione di prevenzione strutturata ed efficace. Tali componenti, se opportunamente realizzate all'interno delle singole SESP o di più SESP all'interno di una ASL, creerebbero le condizioni di *governance* della prevenzione a livello delle aziende sanitarie. Le aree di prevenzione oggetto di studio (Prevenzione del Sovrappeso e Obesità, PSO; Promozione dell'Attività Fisica, PAF; e Prevenzione della Disabilità nell'Anziano, PDA) e le modalità di realizzazione dell'indagine sono state oggetto del primo workshop CNESPS-Regioni del maggio 2012. Il coinvolgimento dei Referenti Regionali per l'indagine, dei Direttori Sanitari delle ASL campione identificate e dei referenti per le relative SESP che hanno fornito le risposte a un questionario somministrato via web sono state le figure chiave per la riuscita della indagine.

Le tappe dell'indagine sono riassunte nella Figura 2 che schematizza le fasi.

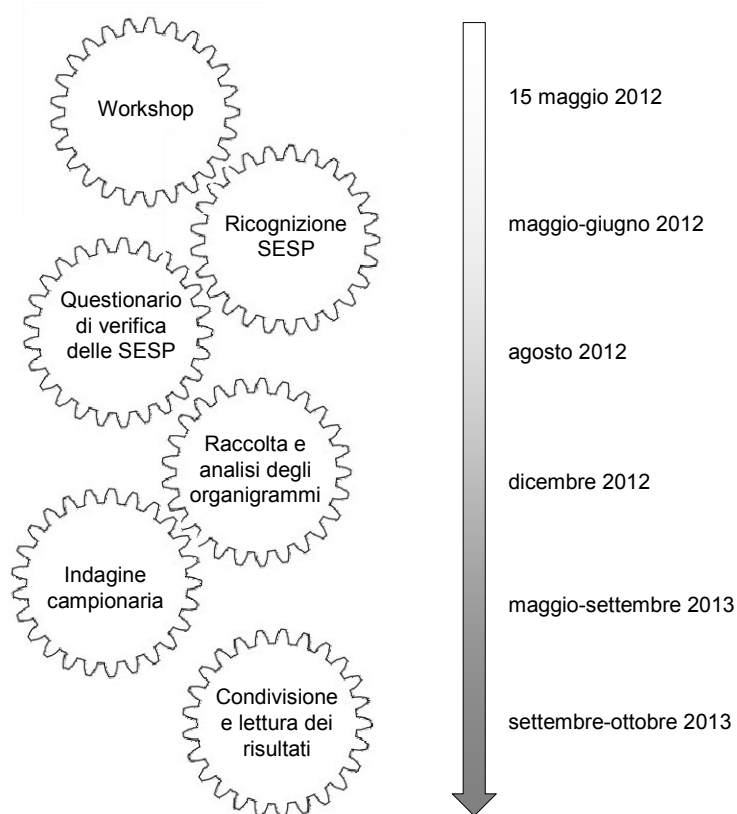


Figura 2. Schema delle fasi dell'indagine sulle SESP (2012-2013)

I Referenti Regionali hanno individuato 2 ASL (tendenzialmente una metropolitana e una urbana) per ciascuna Regione e richiesto ai Direttori Sanitari di partecipare all'indagine attraverso la compilazione di una tabella in cui confermare le SESP identificate (e i rispettivi referenti) impegnate nelle 3 aree in studio alle quali inviare via web il questionario costruito *ad hoc*.

Il questionario inviato alle SESP è stato elaborato considerando diverse esperienze precedenti documentate in letteratura, tra le quali in particolare l'NPHPSP.

Sebbene sviluppato per un contesto differente da quello italiano, l'NPHPSP, ha individuato un *core* di 8 componenti operative o organizzative che i Servizi dovrebbero possedere a garanzia della qualità delle prestazioni offerte alla popolazione. A partire da ciò, le indicazioni metodologiche dell'NPHPSP sono state riviste e calibrate in modo tale da essere più funzionali alla realtà nazionale. Il questionario e gli altri materiali necessari per l'indagine sono stati pre-testati in diverse strutture dell'ASL Roma C.

Nella sua struttura definitiva il questionario aveva 2 componenti principali: una relativa alla struttura delle SESP e un'altra contenente 8 sezioni sulle attività di prevenzione, per un totale di 71 quesiti per le aree della PSO e PAF e 68 per la PDA. Le informazioni richieste erano da riferirsi agli anni 2010-2012.

La seconda parte è stata concettualmente strutturata per rendere un quadro della "governabilità" nelle 3 aree studiate, intesa come insieme di componenti che sinergicamente permettono alle aziende sanitarie di portare avanti con successo strategie e programmi di prevenzione. Questo quadro concettuale è sotteso dall'idea che un'azienda sanitaria abbia un assetto tale da permetterle la *governance*, per esempio della prevenzione del sovrappeso/obesità, nel momento in cui le SESP impegnate in tale area assicurino, singolarmente o in maniera sinergica fra loro, la messa in atto delle 8 attività che sono state indagate nelle relative sezioni che riportiamo di seguito:

- *Sezione 1*
attività di sorveglianza eventualmente svolte dalle SESP, composta da 12 quesiti per le aree "prevenzione del sovrappeso e dell'obesità" e "promozione dell'attività fisica" e 10 per la "prevenzione del rischio di disabilità nell'anziano".
- *Sezione 2*
attività di promozione (Informazione, educazione e comunicazione (empowerment) su aspetti di salute) eventualmente svolte, composta da 10 quesiti per le aree PSO e PFA e 9 per la PDA.
- *Sezione 3*
attività mirate al coinvolgimento della comunità e dei gruppi di interesse eventualmente svolte, composta da 6 quesiti per tutte e 3 le aree.
- *Sezione 4*
attività di sviluppo di progetti/programmi, composta da 8 quesiti per tutte e 3 le aree.
- *Sezione 5*
attività tese a studiare e ridurre le diseguglianze, composta da 3 quesiti per tutte e 3 le aree.
- *Sezione 6*
attività di supporto, supervisione, formazione del personale, composta da 6 quesiti per tutte e 3 le aree.
- *Sezione 7*
attività di monitoraggio e/o valutazione di qualità ed efficacia e/o ricerca e proposta di nuove soluzioni, composta da 7 quesiti per tutte e 3 le aree.

- *Sezione 8*
attività in rete, composta da 4 quesiti per tutte e 3 le aree.

In totale, le 8 sezioni contenevano 39 domande a risposta chiusa (37 per l'area PDA), 15 semi-chiusa (14 per l'area PDA) e 2 a risposta aperta.

Il questionario è stato somministrato ai referenti via web a partire da aprile 2013, utilizzando il *software SurveyMonkey*. Il monitoraggio dell'inserimento dei dati e della qualità delle risposte è stato continuativamente realizzato fino a settembre 2013.

I dati risultanti sono stati analizzati attraverso Epi Info versione 3.5.3.

A fronte dell'obiettivo iniziale di coinvolgere 10 Regioni, alla fine hanno aderito all'indagine in 19, ma sono effettivamente giunte risposte ai questionari da 17 di esse (*response rate* regionale dell'89%), ovvero: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, PA di Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto (Figura 3).



Figura 3. Regioni partecipanti all'indagine sulle SESP (2012-2013)

Complessivamente, le ASL individuate dai referenti regionali per l'indagine sono state 36 – di cui 4 localizzate in Regioni “mono-ASL” (Marche, Molise, PA di Trento, Valle d'Aosta). Hanno effettivamente risposto ai questionari 26 ASL (*response rate* pari a 72%).

Nella Tabella 7 sono riportate le ASL (rispondenti e non) per ogni Regione coinvolta nello studio (per dettagli *vedi* Appendice C).

Tabella 7. Regioni, ASL e relative SESP partecipanti all'indagine

Regioni aderenti* all'indagine	Rispondenza delle ASL indicate dalle Regioni		Numero SESP con informazione:		
			completa	incompleta	assente
Abruzzo	Pescara	sì	3	0	0
	Teramo/Avezzano	no	-	-	-
Basilicata	Potenza	sì	2	0	0
	Matera	sì	4	0	1
Calabria	Catanzaro	sì	6	0	0
	Crotone	sì	4	1	0
Campania	ASL Napoli 2 nord	no	-	-	-
	ASL Salerno 1-2	no	-	-	-
Emilia-Romagna	Bologna	no	-	-	-
	Piacenza	no	-	-	-
Friuli-Venezia Giulia	Triestina	sì	7	0	1
	Alto Friuli	sì	4	0	0
Lazio	Roma C	sì	6	0	0
	Latina	sì	4	0	2
Liguria	Genovese	sì	8	3	25
	Chiavarese	sì	2	0	1
Lombardia	Bergamo	sì	7	0	1
	Sondrio	sì	3	1	7
Marche	ASUR	sì	7	2	6
Molise	ASREM	sì	3	1	0
PA Trento	APSS	sì	15	2	9
Piemonte	Torino 1	sì	6	0	9
	Torino 4	sì	10	0	4
Puglia	Bari	sì	7	1	1
	Brindisi	no	-	-	-
Sardegna	Oristano	sì	3	0	1
	Cagliari	no	0	0	0
Sicilia	Palermo	sì	3	1	0
	Siracusa	sì	3	0	2
Toscana	Firenze	sì	1	0	1
	Viareggio	no	-	-	-
Umbria	ASL Umbria 1	no	-	-	-
	ASL Umbria 2	no	-	-	-
Valle d'Aosta	ASL Valle d'Aosta	sì	3	0	3
Veneto	Vicenza	sì	6	1	0
	Mirano	sì	3	0	2
Regioni aderenti: 17	ASL rispondenti: 26		130	13	76

* "Aderenti" = Regioni presenti al workshop iniziale del 15/05/2012

I Direttori Sanitari delle 26 ASL rispondenti, che avevano il compito di identificare al loro interno le SESP impegnate nelle tre aree in studio e i rispettivi referenti, hanno indicato:

- *Area della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità (PSO)*
92 SESP coinvolte, di queste 63 hanno risposto in maniera completa al questionario, 5 in maniera parziale e le restanti 24 non hanno dato risposta (*response rate* – considerando anche i questionari a risposta parziale – pari al 73%). Il numero di questionari pervenuti è stato in media di 4 per Regione e 2,6 per ASL. Le Regioni in cui tutte le SESP coinvolte hanno risposto completamente ai questionari sono state 8: Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta;
- *Area promozione dell'attività fisica (PAF)*
sono stati identificati 64 referenti a cui inviare i questionari, di questi 36 hanno risposto in maniera completa al questionario, 2 in maniera parziale e i restanti 26 non hanno dato risposta (*response rate* – considerando anche i questionari a risposta parziale – pari al 59%). Da considerare che i DS interpellati per la ASREM (Molise) e per la ASL di Potenza (Basilicata) non hanno riferito SESP impegnate in quest'area della prevenzione. Il numero di questionari pervenuti è stato in media di 4 per Regione e 2,6 per ASL. Le Regioni in cui tutte le SESP coinvolte hanno risposto completamente ai questionari sono state 8: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Puglia, Sardegna, Toscana;
- *Area prevenzione del rischio di disabilità nell'anziano (PDA)*
62 referenti a cui sono stati inviati questionari, di questi 31 hanno risposto in maniera completa al questionario, 6 in maniera parziale e i restanti 25 non hanno dato risposta (*response rate* – considerando anche i questionari a risposta parziale – pari al 59%). Da considerare che i DS interpellati per la ASL Firenze (Toscana), Catanzaro (Calabria) e per Potenza (Basilicata) non hanno riferito SESP impegnate in quest'area della prevenzione. Il numero di questionari pervenuti è stato in media di 2,3 per Regione e 1,6 per ASL. Le Regioni in cui tutte le SESP coinvolte hanno risposto completamente ai questionari sono state 3: Abruzzo, Basilicata e Veneto.

Riportiamo di seguito i risultati più significativi emersi dall'analisi del questionario, dapprima per ciò che riguarda la struttura delle SESP e successivamente per le attività da esse svolte e le prospettive di *governance* sul territorio.

Risultati: la struttura delle SESP

Complessivamente hanno partecipato allo studio 143 SESP. L'appartenenza delle SESP, in termini di collocazione nell'organigramma della ASL, è diversa in rapporto all'area di prevenzione studiata. La Figura 4 riassume tale distribuzione in percentuale per l'area sovrappeso/obesità (68 SESP), promozione attività fisica (38 SESP) e prevenzione del rischio di disabilità nell'anziano (37 SESP). In generale, la maggior parte delle SESP (64%) è parte del DP che, più specificamente, rappresenta circa il 60% delle SESP nella PSO e PAF e il 40% nella PDA. In quest'ultima area tuttavia, il distretto è impegnato in maniera significativa, rappresentando circa il 20% delle SESP. La maggior parte delle strutture rilevate (92 su 143, pari al 64%) fa comunque capo al DP. A prescindere dalla struttura di appartenenza, le SESP si suddividono equamente fra strutture semplici (72) e complesse (71).

I diagrammi che fanno seguito rappresentano, per le 3 diverse aree di prevenzione, la distribuzione e le caratteristiche del personale dedicato (almeno in parte) alle attività di prevenzione, in particolare, per ogni categoria, distinguendo il personale che, rispetto alle attività di cui è responsabile, ha una competenza di base o specificamente acquisita post-laurea (Figure 5-7).

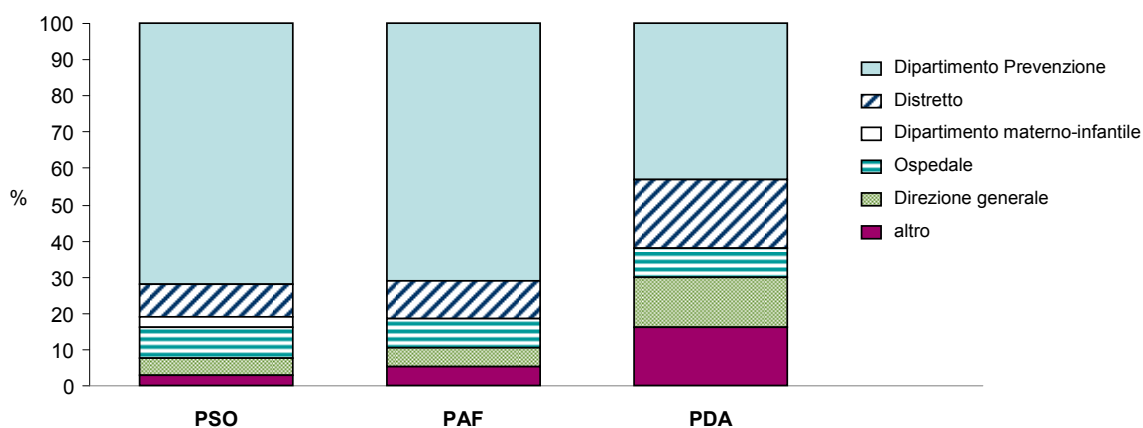


Figura 4. Tipologia SESP identificate per le 3 aree di prevenzione studiate

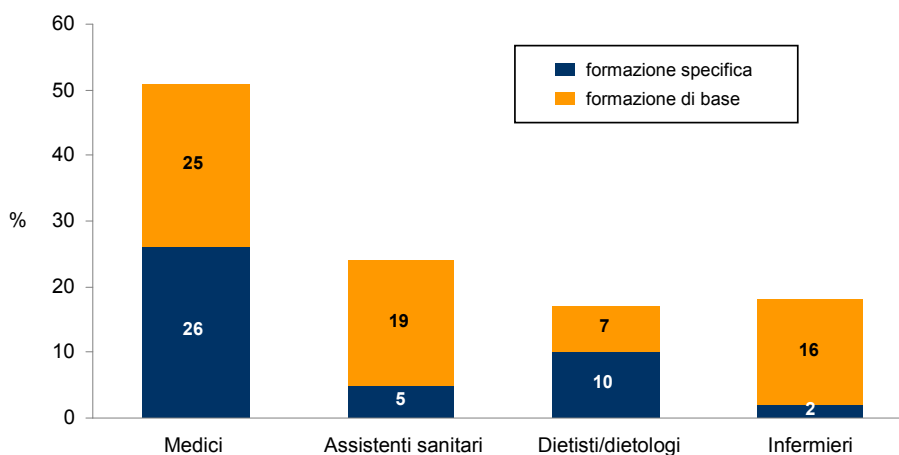


Figura 5. Tipologia personale impiegato area PSO

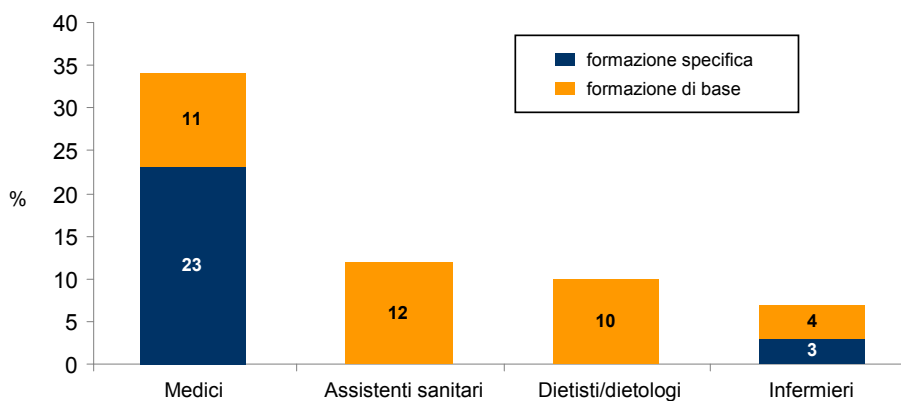


Figura 6. Tipologia personale impiegato area PAF

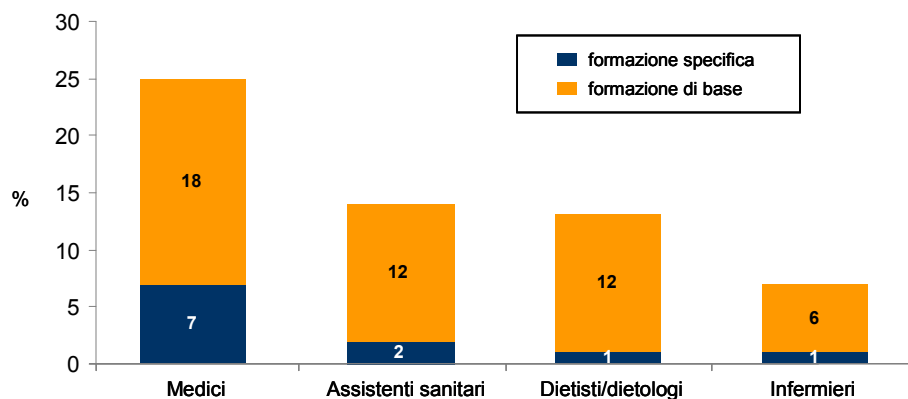
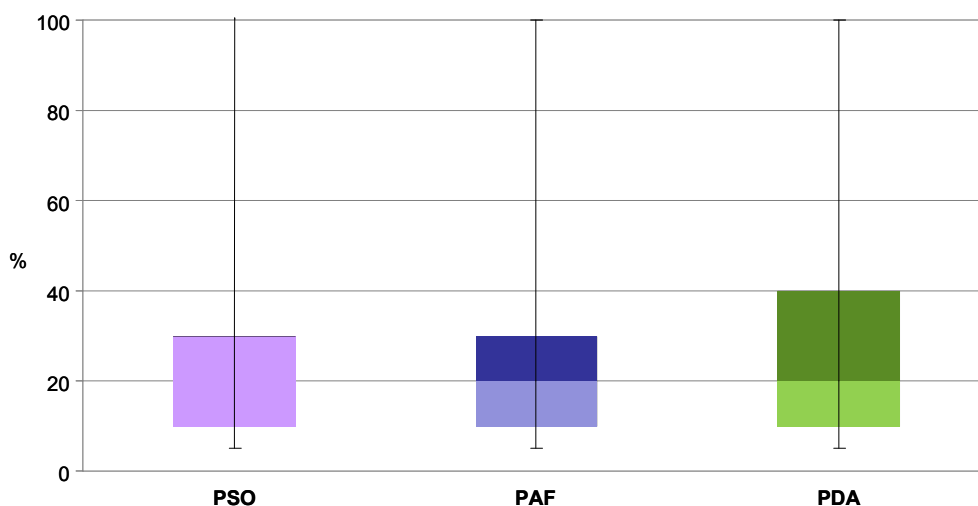


Figura 7. Tipologia personale impiegato area PDA

La figura professionale più frequentemente indicata dalle strutture come operante nelle 3 aree è quella del medico, per il quale la competenza specifica è maggiormente acquisita (in proporzione) nell'area della promozione dell'attività fisica (nel 68% dei casi), meno in quella della prevenzione sovrappeso/obesità (nel 51% dei casi) e meno ancora in quello della prevenzione della disabilità degli anziani (nel 28% dei casi). La figura più impiegata, dopo il medico (rispettivamente nell'82%, 97% e 81% delle SESP operanti nelle singole aree), è l'assistente sanitario (rispettivamente nel 38%, 32% e 45% delle SESP), seguito dall'infermiere (rispettivamente nell' 29%, 27% e 41% delle SESP).

L'analisi del volume di attività dedicato alle rispettive 3 aree di prevenzione (in % delle attività totali della SESP), ha messo in evidenza che nell'area della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità vi è un volume mediano di attività maggiore (30%), seguito da quello della promozione dell'attività fisica (20%) e quello della prevenzione della disabilità nell'anziano (20%) (Figura 8).



NB: il valore corrispondente al cambiamento di colore rappresenta la mediana della distribuzione

Figura 8. Volume di attività dedicato alle rispettive 3 aree di prevenzione (in% delle attività totali della SESP)

Risultati: le attività svolte dalle SESP per area di prevenzione

Per facilitare la lettura, riportiamo i risultati più significativi sulle attività svolte dalle SESP per area di prevenzione analizzandole secondo le 8 componenti usate per descriverne l'attività.

Area del sovrappeso e dell'obesità

Il quadro generale seguente descrive la frequenza con cui le SESP si sono dichiarate impegnate nelle 8 attività studiate. Su un campione di 68 SESP rispondenti, 57 SESP (85%) dichiarano di svolgere attività di promozione della salute, 50 (75%) di sviluppo di programmi e/o progetti, 48 (73%) di attivarsi per il coinvolgimento della Comunità e gruppi di interesse, 46 (69%) di effettuare sorveglianza, 40 (60%) di effettuare supporto e/o supervisione e/o formazione del personale, 44 (60%) di lavorare in rete con altre strutture e/o istituzioni. Molte meno sono le SESP che dichiarano di svolgere attività mirata alla identificazione e riduzione delle disuguaglianze di salute (17, ovvero il 25%) e quelle che si sono occupate di monitoraggio e/o di qualità ed efficacia dei servizi e/o ricerca e proposta di nuove soluzioni (15, cioè il 22%) (Figura 9).

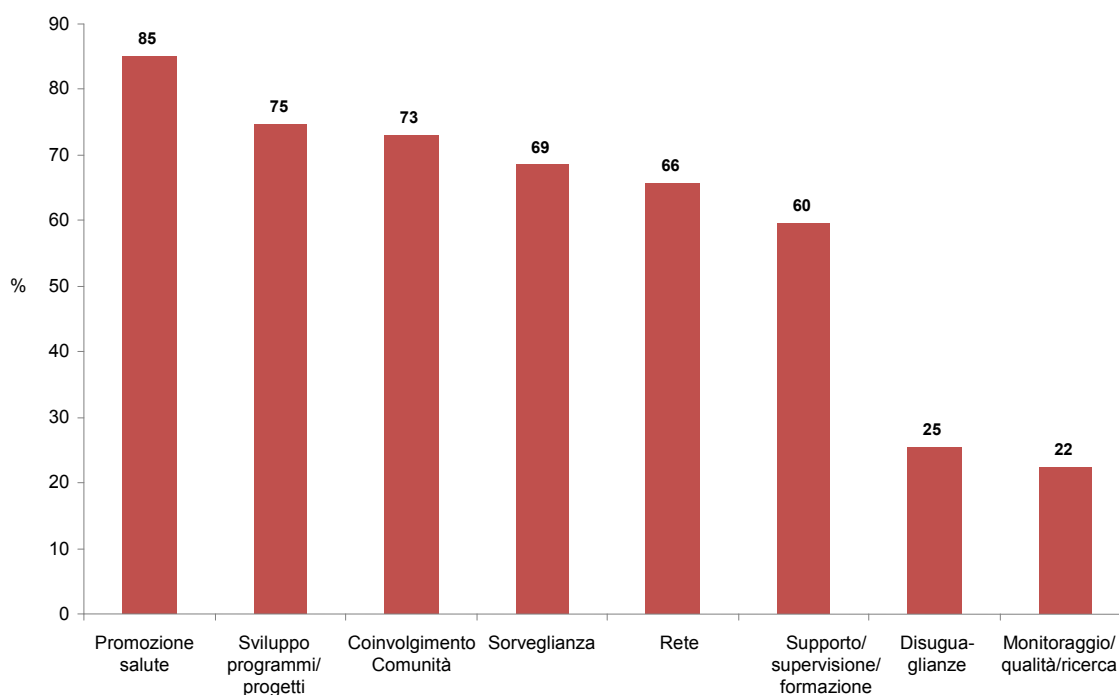


Figura 9. SESP (%) che dichiarano di svolgere le attività indagate nell'ambito della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità

Riportiamo di seguito i risultati più importanti per ognuna delle attività studiate nell'ordine in cui erano presenti nel questionario, seguite da alcune informazioni sulle prospettive di *governance* della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità.

Sorveglianza e monitoraggio della popolazione

L'attività di sorveglianza viene svolta per il 35% (16) da strutture semplici e per il 65% (30) da complesse, prevalentemente all'interno del DP (85%).

In particolare, in riferimento all'anno 2010-2012, il 15% delle SESP che si sono occupate di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità ha partecipato al sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, l'80% al Passi e il 46% al PASSI d'Argento, mentre il 52% ha dichiarato di aver messo in atto altre attività di sorveglianza.

Nel nostro campione, il 54% delle SESP utilizza i dati della sorveglianza per la programmazione delle attività di prevenzione e promozione della salute, il 67% per supportare il monitoraggio e il 60% per valutare ciò che è stato implementato.

Tra coloro ai quali le SESP hanno indicato di diffondere i risultati raccolti, troviamo: gli operatori coinvolti nelle attività di prevenzione e promozione della salute (85%), i rappresentanti della popolazione in studio (63%), i decisori politico sanitari (43%). Anche se con percentuali minori, risultano destinatari delle informazioni derivanti dalla sorveglianza anche altri gruppi di interesse (39%) non meglio specificati e la popolazione generale (35%).

Quanto ai bisogni formativi degli operatori operanti attività di sorveglianza, nel 78% dei casi si avverte la necessità di una maggiore formazione; l'area dei bisogni formativi risulta ampia e variegata, dal potenziamento delle competenze nella raccolta (19%) e nel *management* dei dati (56%), al miglioramento delle conoscenze statistiche (39%), epidemiologiche (64%) e soprattutto di comunicazione (92%).

Promozione della salute

L'84% delle SESP coinvolte effettua questa attività in forma routinaria istituzionale, mentre il 70% perché previsti da un progetto/programma del PNP 2010-2012. Le SESP impegnate nella promozione della salute sono per il 39% (22) delle strutture semplici e per il 61% (35) complesse; il 74% si collocano nel DP. I gruppi prioritari più segnalati sono i bambini tra i 6 e 10 anni (86% delle SESP). Contestualmente, circa la metà delle SESP (53%) coinvolte riferisce di coprire meno del 30% della popolazione prioritaria. Per i primi 3 aspetti studiati (qualità nella definizione di obiettivi operativi, dei *setting*, del grado di collaborazione) circa 8 SESP su 10 hanno espresso giudizi complessivamente adeguati (ovvero hanno riferito di effettuare "abbastanza", "molto" o "completamente" le suddette attività). Da rimarcare invece per la valutazione solo il 50% di tutte le SESP riporta giudizi di adeguatezza.

Per ciò che riguarda la formazione, oltre 9 SESP su 10 ritengono necessario il potenziamento di alcune competenze inerenti: la progettazione (48%), l'implementazione (56%), la conoscenza delle metodologie quali-quantitative (52%). Capacità che vengono ritenute particolarmente importanti in un'ottica di potenziamento sono il monitoraggio e la valutazione (81%) e la comunicazione e la costruzione/sviluppo di reti per la collaborazione tra enti, istituzioni (71%).

Coinvolgimento della comunità e dei gruppi di interesse

Le SESP riferiscono che nel 63% dei casi rientra nei progetti/programmi previsti dal PNP, mentre nel 76% fa parte dell'attività routinaria istituzionale. Le strutture impegnate in questa attività sono per il 57% (28) di tipo complesso e per il 43% (21) di tipo semplice. Tra esse ritroviamo 36 SESP afferenti al DP (74% di tutte le strutture).

Per ciò che riguarda le fasi in cui vengono coinvolte le comunità e/o i gruppi di interesse, l'86% delle SESP riferiscono di farlo durante la realizzazione di progetti/programmi di prevenzione, il 59% prima della stesura degli stessi e il 33% durante la valutazione. Sono 11 (22%) le strutture che dichiarano di coinvolgere i gruppi in tutte le fasi proposte, di cui 2 (su 3

totali) afferenti alla Direzione Generale, 7 (su 36 totali) al DP, 1 alla direzione ospedaliera (su 2 totali) e 1 al Dipartimento di Cure Primarie .

Sviluppo di progetti/programmi

Le SESP dichiarano nel 65% dei casi di svolgere questa attività nell'ambito di progetti/programmi previsti dal PNP, mentre nel 75% fanno parte dell'attività routinaria istituzionale. Le strutture impegnate sono in grandissima parte afferenti al DP (95%). Nell'ambito dello sviluppo di programmi e progetti, l'80% delle SESP dichiara di occuparsi di monitoraggio, il 76% di comunicazione di risultati e il 61% di valutazione.

L'84% delle SESP svolge tale attività in collaborazione con altre istituzioni, il 31% autonomamente e il 12% subordinatamente ad altre strutture; non vi sono particolari differenze tra strutture semplici e complesse (Figura 10).

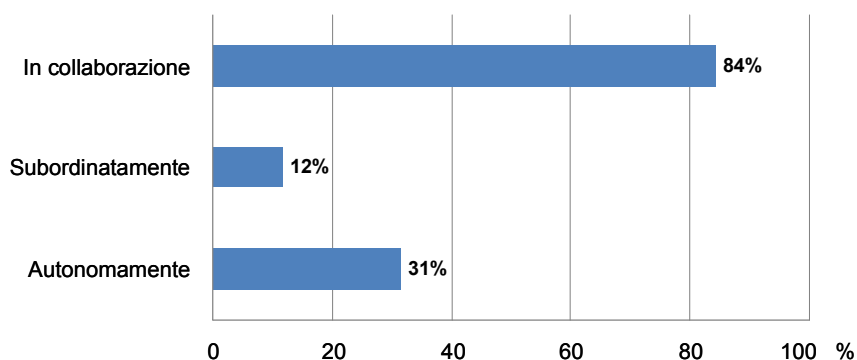


Figura 10. Modalità di pianificazione dei progetti da parte delle SESP rispetto alle strutture gerarchicamente superiori

Quanto all'elaborazione – all'interno dell'attività di pianificazione – di uno studio di contesto preparatorio, la maggior parte delle SESP risponde abbastanza (53%), il 27% “poco”, il 14% “per niente”.

Per ciò che riguarda la formazione, oltre 9 SESP su 10 ritengono necessario il potenziamento di alcune competenze inerenti: la valutazione (85%), la pianificazione (72%), la gestione delle attività (70%) e il monitoraggio (60%).

Relativamente all'attività finalizzata allo studio di misure per identificare e ridurre le disuguaglianze, 16 SESP su 68 (23%) si sono dichiarate attive in tal senso.

Vengono riferite un'ampia varietà di iniziative da esse svolte: corsi di accompagnamento alla nascita rivolti a donne e madri in condizioni di fragilità che possano essere supportate, nel rientro a casa o nell'inserimento scolastico dei figli, da mediatori culturali; analisi sistematica dei dati raccolti attraverso i sistemi di sorveglianza e altri studi epidemiologici, al fine di comprendere approfonditamente i determinanti di salute e le motivazioni che allontanano alcune fasce della popolazione da una sana e corretta alimentazione; counselling nutrizionale, educazione alla spesa e scuole di cucina fruibili a tutti; interventi di educazione sanitaria; progetti diretti alle scuole dell'obbligo; attività fisica adattata a basso costo. Nonostante vengano messe in atto attività intersettoriali e interdisciplinari indirizzate a ridurre condizioni di disuguaglianza nella popolazione, ben l'87% dei rispondenti sente la necessità di un'ulteriore formazione.

Come precedentemente evidenziato, la necessità di migliorare le competenze è trasversale agli ambiti considerati. In tutti i settori, dalla promozione (91%), fino alla riduzione delle disuguaglianze (87%), le percentuali rivelano costantemente valori particolarmente elevati. Tale dato evidenzia l'utilità e la necessità per gli operatori di acquisire sempre nuove conoscenze e abilità che possano supportare lo svolgimento del proprio lavoro.

Per ciò che riguarda l'attività di supporto, supervisione e formazione del personale, emerge dalla nostra indagine che 40 SESP su 68 (59%) erano attive in quest'ambito. Per quanto riguarda le modalità con cui avviene la programmazione della formazione, vengono tenuti in considerazione i bisogni formativi espressi direttamente dal personale (80%) e vengono analizzate le competenze necessarie alla realizzazione delle attività che si intende condurre (75%). Un aspetto importante è il ruolo che i costi e il *budget* a disposizione di queste strutture possono avere nel vincolare la realizzazione di iniziative di formazione; nel nostro campione il 23% dei rispondenti dichiara di avere uno stanziamento *ad hoc*. Gli approcci formativi maggiormente utilizzati dalle SESP sono la formazione in presenza (90%), seguita dai congressi e le conferenze (63%) e dal tutoraggio diretto (28%), mentre le strategie *blended* o a distanza sono poco utilizzate raggiungendo il 10%. In una minoranza di casi (10%), la formazione si basa su ciò che è previsto dal PNP, dalla programmazione regionale, dalle indicazioni provenienti dalle linee guida e dalla tipologia della attività svolte dalle SESP. L'impatto degli interventi formativi rivolto al personale interno viene valutato attraverso la qualità dei servizi (28%), la supervisione delle performance del personale formato (25%) e la somministrazione ripetuta di test di apprendimento a distanza del momento formativo (20%). Nel 7% dei casi la valutazione avviene monitorando l'adesione agli standard BFC (*Baby-friendly community initiative*) e attraverso l'analisi degli *outcome* dei progetti e delle attività realizzate. Importante notare che il 30% delle SESP che mettono in atto attività di supporto, supervisione e formazione del personale non valutano in nessun modo la ricaduta della formazione (Figura 11).

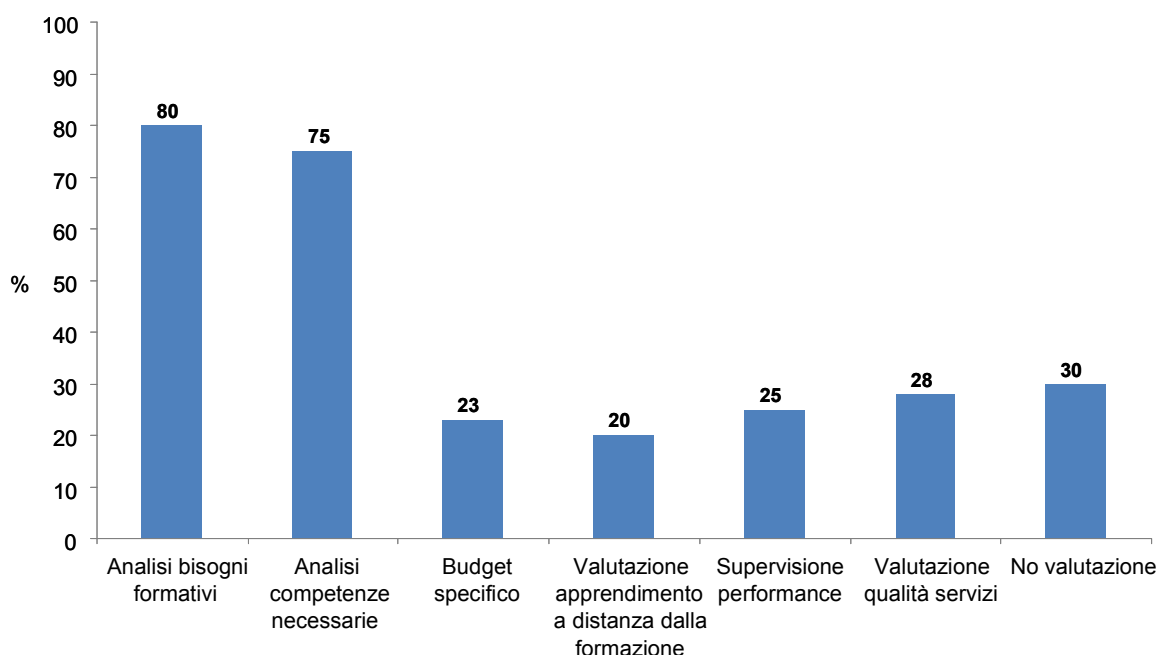


Figura 11. Modalità della formazione e sua valutazione

Le iniziative ritenute utili per il miglioramento delle performance del personale riguardano la possibilità di avere maggiori opportunità formative (81%), di poter svolgere una sistematica valutazione delle prestazioni (60%), di poter disporre di incentivi (35%) e adottare uno stile manageriale di qualità totale (27%). Tra le altre strategie da mettere in atto si rileva la possibilità di avere personale dedicato e stabilizzato, di poter far leva sulla collaborazione tra i Ministeri, di poter ottenere maggiore fiducia, sostegno e riconoscimento del lavoro svolto dagli operatori periferici i quali sarebbe auspicabile potessero accedere ad opportunità formative a costo zero. Ancora, soprattutto nel caso della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, sarebbe utile poter depotenziare la produzione e la messa in onda di pubblicità promotrici di cibo non salutare.

Per quanto riguarda l'attività di monitoraggio e/o di qualità ed efficacia dei servizi e/o ricerca e proposta di nuove soluzioni, 15 SESP (22%) si sono dichiarate attive. Di queste, per il monitoraggio, la metà utilizza indicatori scelti a livello regionale o centrale e l'altra metà indicatori scelti invece a livello locale.

Nell'ambito dell'attività di formazione, emerge che il 53% delle SESP dichiara di effettuare "molto" e il 33% "abbastanza" la valutazione del gradimento dei destinatari. In merito a ricerca e a innovazione, il 47% delle SESP rispondenti dichiara di realizzare o collaborare ad attività di ricerca nel campo della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità e l'87% delle SESP dichiara di applicare adeguatamente approcci innovativi nella pratica lavorativa (Figura 12).

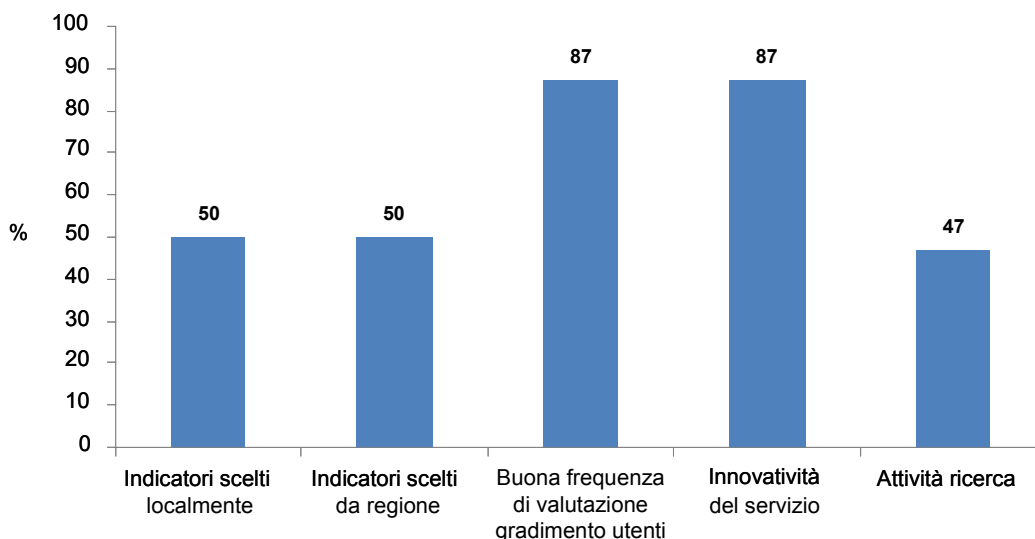


Figura 12. Modalità di monitoraggio, valutazione del gradimento degli utenti, innovatività e ricerca nel servizio

Infine, 12 SESP su 15 (80%) dichiarano la necessità di ulteriore formazione del personale dedicato alle attività di monitoraggio, qualità ed efficacia dei servizi, ricerca e proposta di nuove soluzioni.

Per incrementare l'efficacia degli interventi di prevenzione, evidenze dimostrano l'importanza del lavoro in rete. Nella nostra indagine abbiamo rilevato le caratteristiche del *networking* utilizzando una matrice dove, per le diverse categorie di partecipanti alla rete, vengono identificati i ruoli all'interno dei programmi/progetti di prevenzione. I ruoli direttamente proposti nel questionario erano i seguenti: a) promotore delle attività della rete, b) coordinamento, c) programmatore delle attività, d) addetto al monitoraggio del funzionamento

della/e rete/i, e) erogatore dei servizi alla popolazione, f) consulente, g) finanziatore, h) formatore del personale esterno alla propria ASL, i) “altro” (con risposta aperta).

43 (64%) SESP su 68 hanno dichiarato di svolgere attività in rete con altre strutture, enti, istituzioni nel periodo 2010-2012 nell’ambito della prevenzione del sovrappeso e dell’obesità. Si tratta di 25 strutture complesse e 18 semplici, di cui 32 DP, 3 direzioni generali e distretti, 2 reparti ospedalieri e 1 DMI, di cure primarie e direzione ospedaliera. Limitatamente agli operatori delle SESP che svolgono attività di rete, è stato chiesto di precisare se i diversi partecipanti (alle reti) abbiano giocato uno o più dei ruoli consideranti. Per comodità di rappresentazione si sono riassunti i risultati in cinque categorie (Figura 13).

Ruolo interventi	Dipartimento Prevenzione	Altra struttura ASL	Enti locali	MMG	PLS	No profit	Ospedale	Scuola
Promotore								
Coordinatore								
Programmatore								
Monitoratore								
Valutatore								
Erogatore servizi								
Consulente								
Finanziatore								
Formatore operatori								

Ruoli rispetto al funzionamento della rete

- A = Promotore delle attività della/e rete/i nella promozione dell’attività fisica
 B = Coordinamento della/e rete/i;
 C = Programmatore delle attività della/e rete/i;
 D = Addetto al monitoraggio del funzionamento della/e rete/i;
 E = Addetto alla valutazione del funzionamento della/e rete/i;
 F = Erogatore di servizi alla popolazione;
 G = Consulente per le attività della/e rete/i;
 H = Finanziatore;
 I = Formatore del personale esterno alla tua Azienda Sanitaria.



Figura 13. Frequenza con cui i diversi membri della rete giocano i ruoli di *networking* (in %)

Secondo gli intervistati le SESP appartenenti al DP svolgono un ruolo chiave nella rete per la prevenzione del sovrappeso/obesità, prevalentemente nella promozione delle attività. Anche le altre strutture della ASL, della scuola, degli enti locali e del mondo no profit sono frequentemente identificate come svolgenti diversi ruoli importanti per il funzionamento delle reti.

Frequentemente (68%) le attività di rete sono basate su accordi istituzionali ma più frequentemente (98%) la rete è informale, senza un protocollo definito, con riunioni “al bisogno”, senza una precisa programmazione.

Area della promozione dell'attività fisica

Anche in questo caso cominciamo riportando un quadro generale che descrive la frequenza con cui le SESP si sono dichiarate impegnate nelle 8 attività indagate. Su un campione di 38 SESP rispondenti, 35 SESP (92%) dichiarano di svolgere attività di promozione della salute, 31 (82%) di sviluppo di programmi e/o progetti, 28 (74%) di attivarsi per il coinvolgimento della Comunità e gruppi di interesse, 28 (74%) di lavorare in rete con altre strutture e/o istituzioni, 24 (63%) di effettuare sorveglianza. Sono meno le SESP che dichiarano di effettuare supporto e/o supervisione e /o formazione del personale (20, cioè il 53%), monitoraggio e/o qualità ed efficacia dei servizi e/o ricerca e proposta di nuove soluzioni (17, cioè il 45%) e infine di identificare e ridurre le disuguaglianze di salute (10, ovvero il 26%) (Figura 14).

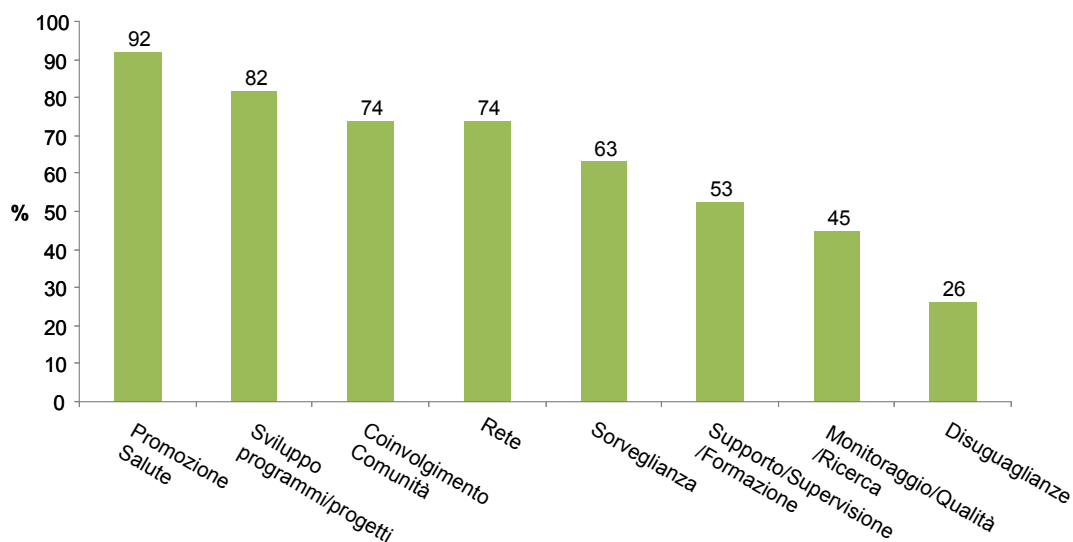


Figura 14. Percentuale di SESP che dichiarano di svolgere le attività indagate nell'ambito della promozione dell'attività fisica

Riportiamo di seguito i risultati più importanti per ognuna delle attività studiate nell'ordine in cui erano presenti nel questionario seguite da alcune informazioni ricavate sulle prospettive di *governance* nella promozione dell'attività fisica.

Per quanto riguarda l'attività di sorveglianza, viene realizzata da 24 SESP su 38 (65%) rispondenti per l'area della promozione dell'attività fisica. Fra queste il 75% la svolge in forma di attività routinaria istituzionale, mentre il 62% perché prevista da un progetto/programma del PNP 2010-2012. Le SESP sono per il 42% (10) delle strutture semplici e per il 58% (14) complesse e prevalentemente (75%) all'interno del DP. In riferimento all'anno 2010-2012, il 71% delle SESP che si sono occupate di promozione dell'attività fisica ha partecipato al Sistema di Sorveglianza OKkio alla SALUTE, il 67% al Passi e il 25% al PASSI d'Argento, mentre il 29% ha dichiarato di aver messo in atto altre attività di sorveglianza. Nell'ambito del nostro campione, il 54% delle SESP utilizza i dati della sorveglianza per la programmazione

delle attività di prevenzione e promozione della salute, il 67% per supportare il monitoraggio e il 60% per valutare ciò che è stato implementato.

Tra coloro ai quali le SESP hanno indicato di diffondere i risultati raccolti, troviamo: gli operatori coinvolti nelle attività di prevenzione e promozione della salute (71%), i decisori politico sanitari (50%), i rappresentanti della popolazione in studio (42%). Anche se con percentuali minori, risultano destinatari delle informazioni derivanti dalla sorveglianza anche altri gruppi di interesse (42%) non meglio specificati e la popolazione generale (29%). Quanto ai bisogni formativi degli operatori, nel 78% dei casi si avverte la necessità di una maggiore formazione; l'area dei bisogni formativi risulta ampia e variegata, dal potenziamento delle competenze nella raccolta (19%) e nel management dei dati (56%), al miglioramento delle conoscenze statistiche (39%), epidemiologiche (64%) e soprattutto di comunicazione (92%).

Per quanto riguarda l'informazione, educazione e comunicazione (*empowerment*) su aspetti di salute, queste attività sono realizzate da 35 SESP su 37 (95%) rispondenti per l'area della promozione dell'attività fisica. Fra queste, il 74% eroga queste azioni in forma di attività routinaria istituzionale, mentre il 60% perché previste da un progetto/programma del PNP 2010-2012. Le SESP impegnate nella promozione sono per il 54% (19) delle strutture semplici e per il 66% (21) complesse. Tra esse, il 71% si collocano nel DP.

Per ciò che riguarda il *target* su cui si impegnano le strutture nell'ambito della promozione, si nota come vengano meno frequentemente presi in considerazione i bambini tra i 6 e 10 anni (22% delle SESP), mentre le altre fasce della popolazione sono oggetto di promozione per i 2/3 delle SESP. Contestualmente, l'82% delle strutture coinvolte riferisce di coprire il 30% o meno della popolazione *target*.

Per ciò che riguarda le modalità con cui le attività di promozione vengono effettuate, sono stati raccolti i giudizi delle SESP relativamente alla definizione di obiettivi operativi, dei *setting*, del grado di collaborazione e di valutazione. Per i primi 3 aspetti, circa 8 SESP su 10 hanno riferito giudizi complessivamente adeguati (ovvero hanno riferito di effettuare "abbastanza", "molto" o "completamente" le suddette attività). Da rimarcare invece il risultato relativo alla valutazione, ambito nel quale il 60% di tutte le SESP riportano giudizi di adeguatezza. Per ciò che riguarda la formazione, quasi tutte le SESP (97%) ritengono necessario il potenziamento di alcune competenze inerenti: la progettazione (48%), l'implementazione (56%), la conoscenza delle metodologie quali-quantitative (52%). Capacità che vengono ritenute particolarmente importanti in ottica di potenziamento sono il monitoraggio e la valutazione (81%) e la comunicazione e la costruzione/sviluppo di reti per la collaborazione tra enti, istituzioni (71%).

Relativamente al coinvolgimento della comunità e dei gruppi di interesse, 28 SESP su 38 (73%) si dichiarano attive in quest'ambito nell'area della promozione dell'attività fisica nel periodo 2010-2012. Tale attività nel 61% dei casi rientra nei progetti/programmi previsti dal PNP, mentre nel 75% fa parte dell'attività routinaria istituzionale. Le strutture impegnate sono per il 54% (15) di tipo complesso e per il 46% (13) di tipo semplice e tra esse ritroviamo 18 strutture (64%) afferenti ai DP. Sono state raccolte le opinioni delle SESP relativamente al livello e alla tempistica con cui avviene il coinvolgimento delle comunità e/o gruppi di interesse e alle modalità di identificazione degli stessi. Relativamente al primo aspetto, il 79% delle SESP riferiscono attuare il coinvolgimento durante la realizzazione di progetti/programmi di prevenzione, il 64% prima della stesura degli stessi e il 32% durante la valutazione. Sono 6 (21%) le SESP che attuano il coinvolgimento in tutte le fasi proposte. Circa l'82% delle SESP ritiene di operare un adeguato coinvolgimento e circa il 68% un'adeguata identificazione delle comunità e dei gruppi di interesse.

Per quanto riguarda l'attività di sviluppo di progetti, programmi, strategie di supporto alla prevenzione nell'ambito della promozione dell'attività fisica, essa è realizzata da 31 SESP su 38 (81%) nel periodo 2010-2012. Tale attività rientra nel 71% dei casi nei progetti/programmi

previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione, mentre nel 64% fa parte dell'attività routinaria istituzionale. Le strutture impegnate sono in buona parte afferenti al DP (68%) e al Distretto (13%), minoritario il ruolo delle altre unità organizzative delle ASL. Nell'ambito dello sviluppo di programmi e progetti, il 70% delle SESP dichiara di occuparsi di monitoraggio, il 64% di comunicazione di risultati e il 71% di valutazione. L'81% delle SESP svolge tale attività in collaborazione con altre istituzioni, il 26% autonomamente e il 10% subordinatamente ad altre strutture; non vi sono particolari differenze tra strutture semplici e complesse. Quanto alla elaborazione, all'interno dell'attività di pianificazione, di uno studio di contesto preparatorio, la maggior parte delle SESP risponde positivamente (67%), il 23% "poco", il 10% "per niente". Per ciò che riguarda la formazione, oltre 9 SESP su 10 ritengono necessario il potenziamento di alcune competenze inerenti: la valutazione (90%), la pianificazione (83%), la gestione delle attività (80%) e il monitoraggio (70%).

Poche SESP (10) hanno dichiarato di aver messo in atto misure per studiare e ridurre le disuguaglianze nell'ambito della promozione dell'attività fisica nel periodo 2010-2012. Nonostante vengano messe in atto attività intersettoriali e interdisciplinari indirizzate a ridurre condizioni di disuguaglianza nella popolazione, tutti i rispondenti sentono la necessità di un'ulteriore formazione.

Come precedentemente evidenziato, la necessità di migliorare le competenze è trasversale agli ambiti considerati. In tutti i settori, dalla promozione della salute (97%), fino alla riduzione delle disuguaglianze (100%), le percentuali rivelano costantemente valori particolarmente elevati. Nell'ambito dell'attività di supporto, supervisione e formazione del personale, anche nella promozione dell'attività fisica l'indagine evidenzia l'utilità e la necessità per gli operatori di acquisire sempre nuove conoscenze e abilità che possano supportare lo svolgimento del proprio lavoro. Emerge che 20 SESP su 41 (52%) sono state coinvolte in attività di supporto, supervisione, formazione del personale impiegato nella promozione dell'attività fisica. I costi e il budget a disposizione di queste strutture possono condizionare la realizzazione di iniziative di formazione; nel nostro campione il 30% dei rispondenti dichiara di avere uno stanziamento ad hoc; stratificando in base al tipo di struttura, tale valore è simile (rispettivamente 21% e 23%) nelle strutture semplici o complesse. Per quanto riguarda le modalità con cui avviene la programmazione della formazione, vengono tenuti in considerazione i bisogni formativi espressi direttamente dal personale (70%) e vengono analizzate le competenze necessarie alla realizzazione delle attività che si intende condurre (80%). Gli approcci formativi maggiormente utilizzati dalle SESP sono la formazione in presenza (75%), seguita dai congressi e le conferenze (50%) e dal tutoraggio diretto (50%), mentre le strategie *blended* o a distanza sono poco utilizzate raggiungendo il 5%. L'impatto degli interventi formativi rivolto al personale interno viene valutato attraverso la qualità dei servizi (20%), la supervisione delle performance del personale formato (25%) e la somministrazione ripetuta di test di apprendimento a distanza del momento formativo (10%). Tuttavia il 45% delle SESP che mettono in atto attività di supporto, supervisione e formazione del personale non valutano in nessun modo la ricaduta della formazione (Figura 15).

Le iniziative ritenute utili per il miglioramento delle performance del personale riguardano la possibilità di avere maggiori opportunità formative (85%), di poter svolgere una sistematica valutazione delle prestazioni (45%), di poter disporre di incentivi (35%) e adottare uno stile manageriale di qualità totale (35%).

17 SESP (44%) su 38 impegnate nella promozione dell'attività fisica dichiarano di essersi occupate di monitoraggio e/o qualità ed efficacia dei servizi e/o ricerca e proposta di nuove soluzioni. Si tratta di 10 strutture semplici e 7 complesse, di cui 11 dipartimenti di prevenzione.

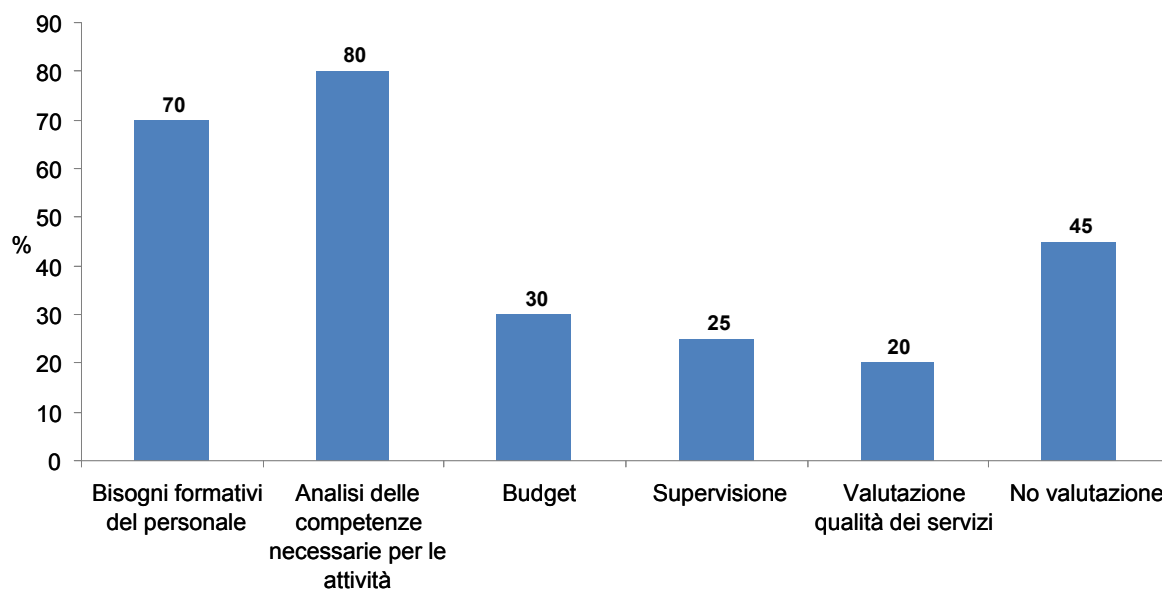


Figura 15. Modalità della formazione e sua valutazione

Oltre la metà (65%) delle strutture utilizza indicatori scelti a livello regionale o centrale e il 53% indicatori scelti invece a livello locale. Quanto alla frequenza con cui viene registrato il gradimento dei destinatari delle attività di promozione dell'attività fisica, emerge che il 31% dichiara "molto" e il 31% "abbastanza". In merito a ricerca e a innovazione, il 65% delle SESP rispondenti dichiara di realizzare o collaborare ad attività di ricerca nel campo della promozione dell'attività fisica e l'81% delle SESP dichiara di applicare adeguatamente approcci innovativi nella pratica lavorativa (Figura 16).

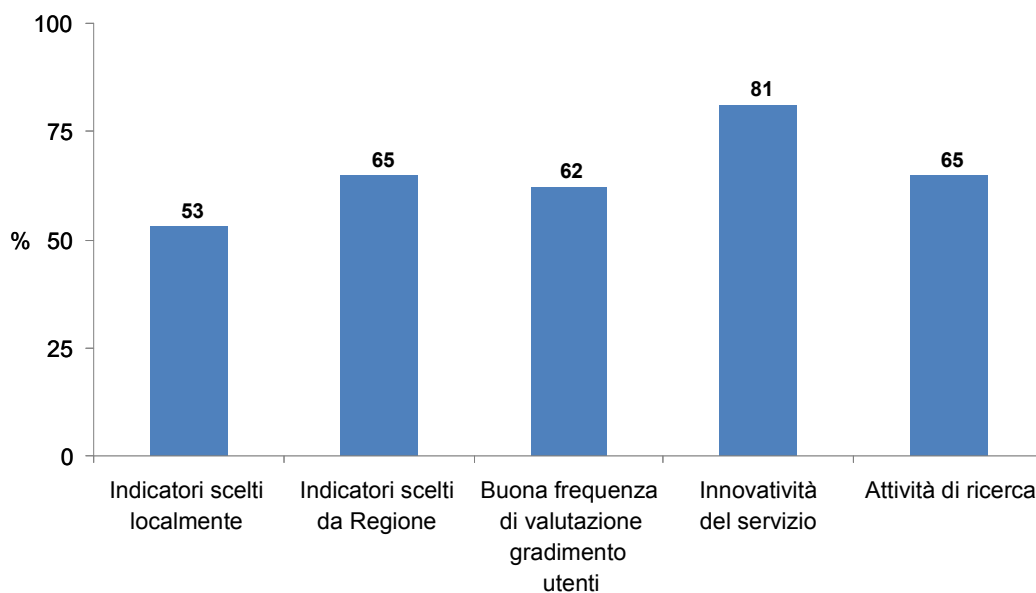


Figura 16. Modalità di monitoraggio, valutazione del gradimento degli utenti, innovatività e ricerca nel servizio

Infine, 12 SESP su 15 (80%) dichiarano la necessità di ulteriore formazione del personale dedicato alle attività di monitoraggio, qualità ed efficacia dei servizi, ricerca e proposta di nuove soluzioni.

Per quanto riguarda le attività di rete (*networking*), evidenze dimostrano l'importanza di questa pratica per incrementare l'efficacia degli interventi di prevenzione. Nella nostra indagine abbiamo rilevato le caratteristiche del *networking* utilizzando una matrice dove per le diverse categorie di partecipanti alla rete vengono identificati i ruoli all'interno dei programmi/progetti di prevenzione. Nella nostra indagine, il 73% delle SESP identificate lavora in rete per la promozione dell'attività fisica. È stato chiesto di precisare se i diversi partecipanti (alle reti) abbiano giocato uno o più dei ruoli consideranti per il funzionamento della rete. Per comodità di rappresentazione si sono riassunti i risultati in cinque categorie (Figura 17).

Ruolo interventi	Dipartimento Prevenzione	Altra struttura ASL	Enti locali	MMG	PLS	No profit	Ospedale	Scuola
Promotore								
Coordinatore								
Programmatore								
Monitoratore								
Valutatore								
Erogatore servizi								
Consulente								
Finanziatore								
Formatore operatori								

Ruoli rispetto al funzionamento della rete

- A = Promotore delle attività della/e rete/i nella promozione dell'attività fisica
- B = Coordinamento della/e rete/i;
- C = Programmatore delle attività della/e rete/i;
- D = Addetto al monitoraggio del funzionamento della/e rete/i;
- E = Addetto alla valutazione del funzionamento della/e rete/i;
- F = Erogatore di servizi alla popolazione;
- G = Consulente per le attività della/e rete/i;
- H = Finanziatore;
- I = Formatore del personale esterno alla tua Azienda Sanitaria.

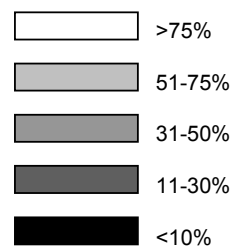


Figura 17. Frequenza con cui i diversi membri della rete giocano i ruoli di networking (in %)

Secondo gli intervistati le SESP appartenenti al DP svolgono un ruolo chiave nella rete per la promozione dell'attività fisica, prevalentemente nella promozione delle attività. Anche le altre strutture della ASL, della scuola, degli enti locali e del mondo no profit sono frequentemente identificate come svolgenti diversi ruoli importanti per il funzionamento delle reti. Frequentemente (79%) le attività di rete sono basate su accordi istituzionali ma più frequentemente (96%) la rete è informale, senza un protocollo definito, con riunioni "al bisogno", senza una precisa programmazione.

Area della prevenzione del rischio di disabilità nell'anziano

Anche in questo caso cominciamo riportando un quadro generale che descrive la frequenza con cui le SESP si sono dichiarate impegnate nelle 8 attività indagate. Su un campione di 37 SESP rispondenti, 22 (59%) si sono occupate di sviluppo di programmi e/o progetti, 21 SESP (57%) dichiarano di svolgere attività di promozione della salute e di lavorare in rete con altre strutture e/o istituzioni, 20 (54%) di attivarsi per il coinvolgimento della Comunità e gruppi di interesse. Sono meno le SESP che dichiarano di effettuare supporto e/o supervisione e /o formazione del personale (14, cioè il 38%), sorveglianza 13 (35%), monitoraggio e/o qualità ed efficacia dei servizi e/o ricerca e proposta di nuove soluzioni (10, cioè il 27%) e infine di identificare e ridurre le disuguaglianze di salute (9, ovvero il 24%) (Figura 18).

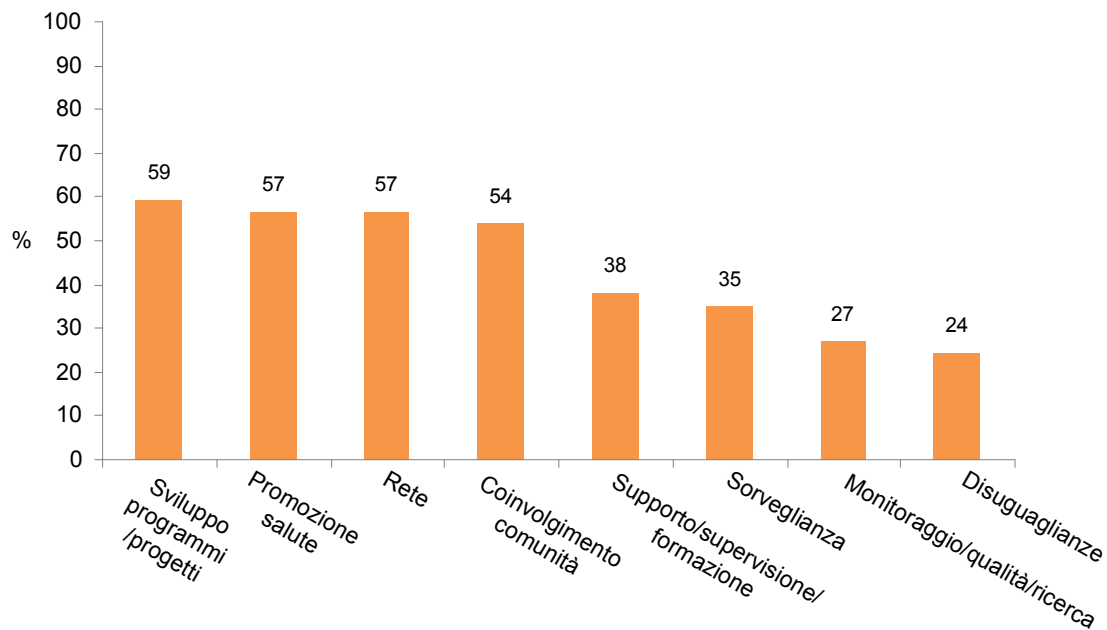


Figura 18. Percentuale di SESP che dichiarano di svolgere le attività indagate nell'ambito della prevenzione del rischio di disabilità nell'anziano

Riportiamo di seguito i risultati più importanti per ognuna delle attività studiate nell'ordine in cui erano presenti nel questionario seguite da alcune informazioni ricavate sulle prospettive di *governance* nella prevenzione del rischio di disabilità nell'anziano.

La sorveglianza è realizzata da 13 SESP su 37. Fra queste il 61% eroga questi servizi in forma di attività routinaria istituzionale, mentre il 54% perché previsti da un progetto/programma del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. Le SESP sono per il

54% delle strutture semplici e per il 46% sono complesse e prevalentemente (30%) all'interno del DP.

In particolare, in riferimento all'anno 2010-2012, il 69% delle SESP che si sono occupate di prevenzione della disabilità nell'anziano ha partecipato al Sistema di Sorveglianza al Passi e il 61% al PASSI d'Argento.

Per quanto riguarda le modalità con cui le SESP effettuano la sorveglianza, i dati raccolti evidenziano che 3 SESP partecipanti su 4 (77%) hanno effettuato la raccolta dati, mentre il 100% ha effettuato l'analisi e l'interpretazione. Nell'ambito del nostro campione, il 78% delle SESP utilizza i dati della sorveglianza per la programmazione delle attività di prevenzione e promozione della salute, il 61% per supportare il monitoraggio e il 61% per valutare ciò che è stato implementato.

Tra coloro ai quali le SESP hanno indicato di diffondere i risultati raccolti, troviamo: gli operatori coinvolti nelle attività di prevenzione e promozione della salute (61%), i rappresentanti della popolazione in studio (31%), i decisori politico sanitari (61%). Anche se con percentuali minori, risultano destinatari delle informazioni derivanti dalla sorveglianza anche altri gruppi di interesse (38%) non meglio specificati e la popolazione generale (15%). Quanto ai bisogni formativi degli operatori, nel 100% dei casi si avverte la necessità di una maggiore formazione; l'area dei bisogni formativi risulta ampia e variegata, dal potenziamento delle competenze nella raccolta (46%), nel miglioramento delle conoscenze statistiche (54%), epidemiologiche (69%) ma soprattutto di comunicazione (92%) e nel *management* dei dati (92%).

Per quanto riguarda le attività di Informazione, educazione e comunicazione (*empowerment*) su aspetti di salute, sono realizzate da 21 SESP su 37 (56%). Fra queste il 76% eroga i servizi in forma di attività routinaria istituzionale, mentre il 43% perché previsti da un progetto/programma del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. Le SESP impegnate nella promozione sono per il 71% (15) delle strutture semplici e per il 29% (6) complesse. Tra queste, il 38% si collocano nel DP, il 19% nei Distretti e nelle Direzioni Generali.

Per ciò che riguarda le modalità con cui le attività di promozione vengono effettuate nell'ambito della prevenzione del rischio di disabilità nell'anziano, sono stati raccolti i giudizi delle SESP relativamente alla definizione di obiettivi operativi, dei *setting*, del grado di collaborazione e di valutazione. Per i primi 3 aspetti, circa 8 SESP su 10 hanno riferito giudizi complessivamente adeguati (ovvero hanno riferito di effettuare "abbastanza", "molto" o "completamente" le suddette attività). Da rimarcare invece il risultato relativo alla valutazione, ambito nel quale il 60% di tutte le SESP riportano giudizi di adeguatezza.

Per ciò che riguarda la formazione, quasi tutte le SESP (97%) ritengono necessario il potenziamento di alcune competenze inerenti: la progettazione (48%), l'implementazione (56%), la conoscenza delle metodologie quali-quantitative (52%). Capacità che vengono ritenute particolarmente importanti in ottica di potenziamento sono il monitoraggio e la valutazione (81%) e la comunicazione e la costruzione/sviluppo di reti per la collaborazione tra enti, istituzioni (71%).

Per quanto riguarda il coinvolgimento della comunità e dei gruppi di interesse, 20 SESP su 38 (54%) dichiarano di mettere in atto tali attività mirate alla prevenzione del rischio di disabilità nell'anziano nel periodo 2010-2012. Tale attività, nel 40% dei casi rientra nei progetti/programmi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione, mentre nel 75% fa parte dell'attività routinaria istituzionale. Le strutture impegnate sono per il 65% di tipo complesso e per il 35% di tipo semplice. Per ciò che riguarda le fasi di coinvolgimento delle comunità e/o i gruppi di interesse, il 100% delle SESP riferiscono di farlo durante la realizzazione di progetti/programmi di prevenzione, il 55% prima della stesura degli stessi e il 45% durante la valutazione. Sono 7 (35%) le SESP che coinvolgono i soggetti interessati in tutte le fasi proposte.

Le attività per lo sviluppo di progetti, programmi, strategie di supporto alla prevenzione del rischio di disabilità nell'anziano sono realizzate da 22 SESP su 37 (59%) nel periodo 2010-2012. Tale attività nel 73% dei casi rientra nei progetti/programmi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione, mentre nel 45% fa parte dell'attività routinaria istituzionale. Le strutture impegnate in quest'attività sono in buona parte afferenti al DP (36%), al distretto (14%), minoritario il ruolo delle altre unità organizzative delle ASL.

Il 73% delle SESP dichiara di occuparsi di monitoraggio, il 59% di comunicazione di risultati e il 64% di valutazione.

Nell'ambito della pianificazione dei progetti/programmi, il 77% delle SESP svolge tale attività in collaborazione con altre istituzioni, il 18% autonomamente e il 18% subordinatamente ad altre strutture; non vi sono particolari differenze tra strutture semplici e complesse.

Quanto alla elaborazione, all'interno dell'attività di pianificazione, di uno studio di contesto preparatorio, la maggior parte delle SESP risponde positivamente (77%), il 18% "poco", il 6% "per niente".

Per ciò che riguarda la formazione, oltre 9 SESP su 10 ritengono necessario il potenziamento di alcune competenze inerenti: la valutazione (73%), la pianificazione (68%), la gestione delle attività (50%) e il monitoraggio (68%).

Poche SESP (9) hanno dichiarato di aver messo in atto misure per studiare e ridurre le disuguaglianze nell'ambito della prevenzione della disabilità dell'anziano nel periodo 2010-2012. Si tratta di 7 strutture semplici e 2 complesse. Nonostante vengano messe in atto attività intersettoriali e interdisciplinari indirizzate a ridurre condizioni di disuguaglianza nella popolazione, la maggior parte dei rispondenti (78%) sente la necessità di un'ulteriore formazione.

Come precedentemente evidenziato, la necessità di migliorare le competenze è trasversale agli ambiti considerati. In tutti i settori, dalla promozione della salute fino alla riduzione delle disuguaglianze, le percentuali rivelano costantemente valori particolarmente elevati. Anche per quest'area della prevenzione, il risultato dell'indagine evidenzia l'utilità e la necessità per gli operatori di acquisire sempre nuove conoscenze e abilità che possano supportare lo svolgimento del proprio lavoro. Dalla nostra indagine, emerge che 14 SESP su 37 (37%) sono state coinvolte in attività di supporto, supervisione, formazione del personale impiegato nella prevenzione della disabilità dell'anziano.

I costi e il budget a disposizione di queste strutture possono condizionare la realizzazione di iniziative di formazione; nel nostro campione il 36% dei rispondenti dichiara di avere uno stanziamento *ad hoc*. Per quanto riguarda le modalità con cui avviene la programmazione della formazione, vengono tenuti in considerazione i bisogni formativi espressi direttamente dal personale (79%) e vengono analizzate le competenze necessarie alla realizzazione delle attività che si intende condurre (86%). L'impatto degli interventi formativi rivolto al personale interno viene valutato attraverso la qualità dei servizi (46%), la supervisione delle performance del personale formato (31%) e la somministrazione ripetuta di test di apprendimento a distanza del momento formativo (20%). Tuttavia il 43% delle SESP che mettono in atto attività di supporto, supervisione e formazione del personale non valutano in nessun modo la ricaduta della formazione (Figura 19).

Gli approcci formativi maggiormente utilizzati dalle SESP sono la formazione in presenza (75%), seguita dai congressi e le conferenze (50%) e dal tutoraggio diretto (50%), mentre le strategie *blended* o a distanza sono poco utilizzate raggiungendo il 5%.

Le iniziative ritenute utili per il miglioramento delle performance del personale riguardano la possibilità di avere maggiori opportunità formative (85%), di poter svolgere una sistematica valutazione delle prestazioni (45%), di poter disporre di incentivi (35%) e adottare uno stile manageriale di qualità totale (35%).

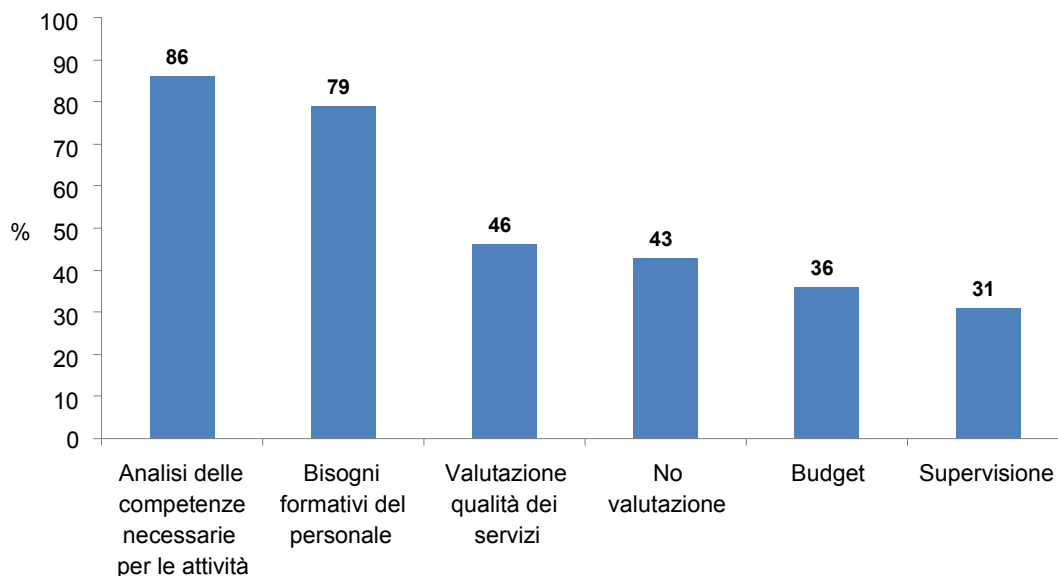


Figura 19. Modalità della formazione e sua valutazione

Sono 10 (37%) SESP su 37 impegnate nella prevenzione della disabilità dell'anziano dichiarano di essersi occupate di monitoraggio e/o qualità ed efficacia dei servizi e/o ricerca e proposta di nuove soluzioni. Si tratta di 3 strutture semplici e 3 complesse. Il 30% utilizza indicatori scelti a livello regionale o centrale e il 100% indicatori scelti invece a livello locale. Quanto alla frequenza con cui viene registrato il gradimento dei destinatari delle attività di prevenzione, emerge che 8 SESP su 10 lo effettuano molto o abbastanza. In merito a ricerca e a innovazione, 9 SESP su 10 rispondenti dichiara di realizzare o collaborare ad attività di ricerca nel campo della prevenzione della disabilità adottando anche approcci innovativi nella pratica lavorativa.

Quasi tutte le SESP dichiarano la necessità di ulteriore formazione del personale dedicato alle attività di monitoraggio, qualità ed efficacia dei servizi, ricerca e proposta di nuove soluzioni (Figura 20).

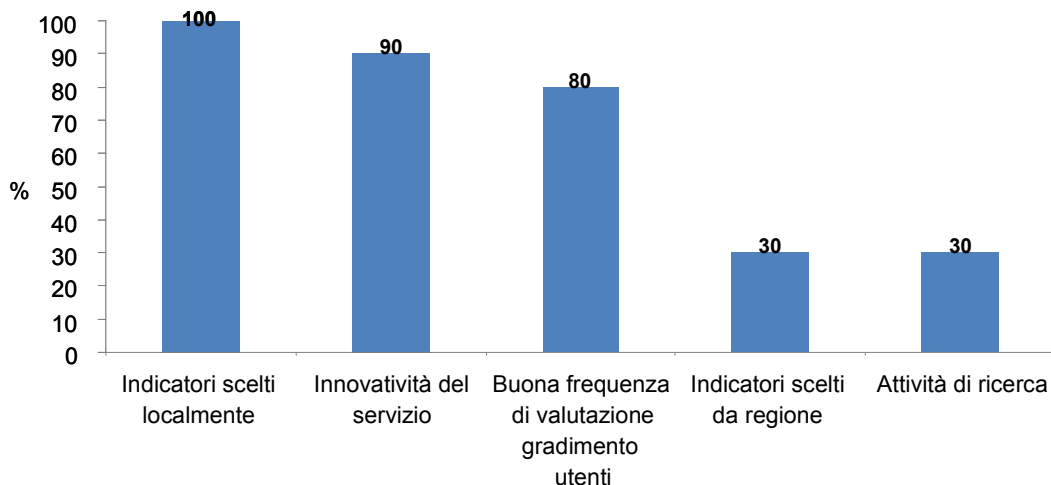


Figura 20. Modalità di monitoraggio, valutazione del gradimento degli utenti, innovatività e ricerca nel servizio

Le attività di rete (*networking*) sono state rilevate utilizzando una matrice dove per le diverse categorie di partecipanti alla rete vengono identificati i ruoli all'interno dei programmi/progetti di prevenzione. Il 56% delle SESP identificate lavora in rete per la prevenzione della disabilità nell'anziano. È stato chiesto di precisare se i diversi partecipanti (alle reti) abbiano giocato uno o più dei ruoli consideranti per il funzionamento della rete rispetto alla promozione dell'attività fisica. Per comodità di rappresentazione si sono riassunti i risultati in cinque categorie (Figura 21).

Ruolo interventi	Dipartimento Prevenzione	Altra struttura ASL	Enti locali	MMG	No profit	Ospedale
Promotore						
Coordinatore						
Programmatore						
Monitoratore						
Valutatore						
Erogatore servizi						
Consulente						
Finanziatore						
Formatore operatori						

Ruoli rispetto al funzionamento della rete

- A = Promotore delle attività della/e rete/i nella promozione dell'attività fisica
- B = Coordinamento della/e rete/i;
- C = Programmatore delle attività della/e rete/i;
- D = Addetto al monitoraggio del funzionamento della/e rete/i;
- E = Addetto alla valutazione del funzionamento della/e rete/i;
- F = Erogatore di servizi alla popolazione;
- G = Consulente per le attività della/e rete/i;
- H = Finanziatore;
- I = Formatore del personale esterno alla tua Azienda Sanitaria.



Figura 21. Frequenza con cui i diversi membri della rete giocano i ruoli di networking (in %)

Secondo gli intervistati le SESP appartenenti al DP svolgono un ruolo chiave nella rete per la promozione dell'attività fisica, prevalentemente nella promozione delle attività. Anche le altre strutture della ASL, della scuola, degli enti locali e del mondo no profit sono frequentemente identificate come svolgenti diversi ruoli importanti per il funzionamento delle reti.

Frequentemente (67%) le attività di rete sono basate su accordi istituzionali ma più frequentemente (95%) la rete è informale, senza un protocollo definito, con riunioni “al bisogno”, senza una precisa programmazione.

Risultati: la completezza delle attività all'interno delle ASL studiate in prospettiva della *governance* della prevenzione

Per quanto riguarda le prospettive di *governance* nell'area della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, abbiamo analizzato la posizione delle ASL rispetto all'erogazione delle attività sopra descritte. Fra le 26 aziende sanitarie che hanno complessivamente partecipato allo studio, possiamo vedere quante (in percentuale) sono attive sulle 8 componenti attraverso il grafico seguente (Figura 22).



Figura 22. Area PSO: numero di aziende attive sulle 8 componenti (n. ASL = 24)

La completezza con cui le ASL realizzano queste attività nel proprio territorio di competenza descrive grossolanamente le prospettive di *governance* che una azienda può attuare nel campo della prevenzione.

Conseguentemente, limitatamente alle 13 ASL (sulle 24 coinvolte nell'indagine) i cui questionari sono pervenuti completi (in termini numerici di richiesti in rapporto agli attesi per tutte le SESP identificate dal proprio direttore sanitario), abbiamo rilevato quante soddisfacevano sul proprio territorio 6, 7 o 8 (cioè tutte) le attività attese per la *governance* della

prevenzione a livello locale. Nella fattispecie, erano 3 quelle che erogavano 7 attività e 4 quelle che ne erogavano 8 nell'ambito della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità (Tabella 8).

Tabella 8. Completezza nella realizzazione delle 8 o 7 o 6 attività richieste per la *governance* della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità da parte delle 13 Aziende che hanno fornito tutte le informazioni richieste

N. attività erogate sul territorio	n. ASL
8	4
7	3
6	0

Per quanto riguarda le prospettive di *governance* nell'area della promozione dell'attività fisica, abbiamo analizzato la posizione delle ASL rispetto all'erogazione delle attività sopra descritte. Fra le 26 aziende sanitarie che hanno complessivamente partecipato allo studio, possiamo vedere quante (in percentuale) sono attive sulle 8 componenti attraverso il grafico seguente. Evidentemente, risultano essere una minoranza le ASL che svolgono attività di studio e riduzione delle disuguaglianze. Sono maggiormente erogate tutte le altre attività, con risultati relativamente più bassi per ciò che riguarda il monitoraggio e le analisi di qualità ed efficacia dei servizi e le attività di supporto e formazione del personale impegnato nella promozione dell'attività fisica (Figura 23).



Figura 23. Area PAF: numero di aziende attive sulle 8 componenti (n. ASL=24)

La completezza con cui le ASL realizzano queste componenti descrive grossolanamente le prospettive di *governance* che una ASL può operare nel campo della promozione dell'attività

fisica. La tabella sottostante riassume la situazione limitatamente alle 13 ASL i cui questionari sono pervenuti completi (in termini numerici di richiesti in rapporto agli attesi per tutte le SESP identificate dal proprio direttore sanitario) e alle ASL che soddisfacevano 6 o 7 o 8 (cioè tutte) le componenti attese per la *governance* della prevenzione a livello locale (Tabella 9).

Tabella 9. Completezza nella realizzazione delle 8 o 7 o 6 attività richieste per la *governance* della prevenzione dell'attività fisica da parte delle 13 Aziende che hanno fornito tutte le informazioni richieste

N. attività erogate sul territorio	n. ASL
8	3
7	2
6	2

Per quanto riguarda le prospettive di *governance* nell'area della prevenzione del rischio di disabilità nell'anziano, abbiamo analizzato la posizione delle ASL rispetto all'erogazione delle attività sopra descritte. Fra le 26 aziende sanitarie che hanno complessivamente partecipato allo studio, possiamo vedere quante (in percentuale) sono attive sulle 8 componenti attraverso il grafico seguente. Generalmente le percentuali sono più basse rispetto alle altre aree di prevenzione studiate attraverso i questionari. Si nota comunque una frequente attività di promozione, coinvolgimento di comunità e gruppi di interesse, sviluppo di progetti e programmi e organizzazione in rete. Meno frequentemente vengono erogate nelle ASL attività mirate alla valutazione di qualità ed efficacia, sorveglianza e – comunemente a tutte le aree – studio e riduzione delle disuguaglianze (Figura 24).



Figura 24. Area PDA: numero di aziende attive sulle 8 componenti (n ASL=24)

La completezza con cui le ASL realizzano queste componenti descrive grossolanamente le prospettive di *governance* che una ASL può operare nel campo della promozione dell'attività fisica. La tabella sottostante riassume la situazione limitatamente alle 13 ASL i cui questionari sono pervenuti completi (in termini numerici di richiesti in rapporto agli attesi per tutte le SESP identificate dal proprio direttore sanitario) e alle ASL che soddisfacevano 6 o 7 o 8 (cioè tutte) le componenti attese per la *governance* della prevenzione a livello locale (Tabella 10).

Tabella 10. Completezza nella realizzazione delle 8 o 7 o 6 attività richieste per la *governance* della prevenzione della disabilità nell'anziano da parte delle 13 Aziende che hanno fornito tutte le informazioni richieste

N. attività erogate sul territorio	n. ASL
8	5
7	2
6	2

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Dall'analisi degli atti programmatori si desume che in generale non vi è alcuna Regione che raggiunge la quota del 5% del Fondo Sanitario Nazionale per la prevenzione, così come concordato dallo Stato e dalle Regioni in base alla stima di un gruppo di lavoro del Ministero della Salute. Si evidenzia, anzi la sottostima dell'importanza strategica della prevenzione e della necessità di adeguati investimenti in questo ambito. È evidente come tale carenza di investimento abbia contribuito alla limitazione dello sviluppo dei DP, con una implosione delle iniziative e delle potenzialità di prevenzione. Viene sottolineata da più parti la scarsità assolutamente drammatica delle risorse e qualsivoglia ragionamento sulle prospettive attuali della prevenzione non può prescindere dal prendere in considerazione l'attuale contesto di crisi economico-finanziaria. In tempi di crisi la prevenzione è a rischio.

L'indagine nel suo complesso ha cercato di descrivere da una parte la normativa che le Regioni si sono date negli ultimi anni per governare le attività di prevenzione e dall'altro l'assetto che i servizi ad essa dedicati hanno assunto e le componenti principali del servizio preventivo.

Al centro, per volere espresso delle Regioni partecipanti, sono le attività volte a promuovere e sviluppare interventi educativi che incentivino comportamenti salutari e con efficacia preventiva. Le principali aree tematiche affrontate sono state quelle degli stili di vita, cui afferiscono gli interventi finalizzati alla promozione di una corretta alimentazione e all'attività motoria, e quella della Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia, con i relativi interventi di prevenzione nella disabilità negli anziani.

Le Regioni concordano nel riconoscere un ruolo fondamentale, nella promozione della salute in ambito nutrizionale, ai SIAN, operanti all'interno dei DP delle ASL. Infatti i SIAN, forniti di figure multidisciplinari, realizzano istituzionalmente e specificatamente percorsi di educazione nutrizionale e promozione di corretti stili di vita, rivolti prioritariamente a gruppi di popolazione a rischio, da realizzare insieme ad una pluralità di altri soggetti, che operano al di fuori dell'organizzazione sanitaria. Un obiettivo perseguibile solo tramite collaborazioni tra istituzioni diverse. Si riportano ad esempio percorsi attivi in numerosi SIAN:

- a) costruzione di reti inter-istituzionali (in un'ottica di *benchmarking* si ritiene utile menzionare il lavoro condotto dalla Regione Toscana nell'ambito della ricerca CCM 2004 dal titolo "Programmi efficaci per la prevenzione dell'obesità: il contributo dei SIAN"). In tema di reti inter-istituzionali, ferme restando le specificità di ogni Regione declinate dal mandato istituzionale, si evidenzia la volontà di ciascuna di sviluppare un collegamento funzionale tra le strutture che si occupano della realizzazione dei progetti di prevenzione delle patologie croniche degenerative e i SIAN che si occupano di sorveglianza ed educazione nutrizionale, con lo strumento della Comunicazione. Sempre in termini generali, viene considerata particolarmente importante l'attivazione di protocolli e altre modalità operative per garantire una sistematica collaborazione trasversale con i PLS e gli MMG, per l'individuazione e il successivo intervento SIAN in chiave di promozione della salute/comunicazione;
- b) percorsi motivazionali brevi al cambiamento (numerose Regioni, anche in collaborazione con l'ISS, hanno già realizzato percorsi formativi di counselling nutrizionale);
- c) promozione del consumo di frutta in luoghi di lavoro e di svago (5 Regioni Toscana, Campania, Marche, Puglia Sicilia con il supporto scientifico del CREPS – Università di Siena, hanno realizzato il Progetto Interregionale Buone pratiche sull'alimentazione

meglio noto come “E... vai con la Frutta” con l’obiettivo di promuovere il consumo di frutta e verdura oltre che nelle scuole anche nei luoghi di lavoro);

- d) promozione della corretta alimentazione presso la ristorazione collettiva (6 Regioni tra cui Sicilia capofila, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Marche e Veneto) hanno costituito una rete inter-regionale, composta dai SIAN delle ASL e dalle aziende di ristorazione collettiva, per promuovere la diffusione e adozione di corretti stili alimentari in fase di realizzazione del Progetto CCM “OKkio alla ristorazione” finalizzato al miglioramento dell’offerta nutrizionale attraverso la ristorazione collettiva e al monitoraggio dei consumi di frutta e verdura;
- e) promozione del movimento e dell’attività fisica (gli effetti positivi dell’attività fisica sia sui soggetti sani che quelli affetti da alcune patologie croniche sono ben documentati e pertanto la promozione dell’attività fisica rappresenta una delle principali attività da implementare con progetti mirati. Numerose sono le Regioni che hanno proposto progetti finalizzati alla promozione dell’attività fisica. Citiamo, tra i più noti, il *Pedibus* da realizzare con le scuole, ma anche altri progetti finalizzati a promuovere il movimento negli anziani).

Dallo studio effettuato è emerso che se è vero che le Regioni perseguono progettualità comuni, è altresì corretto asserire che le stesse adottano strumenti differenziati e spesso caratterizzati da impostazioni divergenti nella gestione degli interventi. Nella logica di affermare il principio della promozione della salute e non solo della prevenzione delle malattie, le Regioni hanno sviluppato interventi di tipo diverso che comprendono:

- Progettualità a carattere informativo-comunicativo (campagne di comunicazione, cicli di incontri, conferenze, convegni), formativo (corsi, laboratori, programmi formativi) ed educativo (attività didattico in ambito scolastico, counselling) finalizzati ad aumentare conoscenze, competenze e consapevolezza idonee a sostenere comportamenti di salute. Infatti, nel campo della sicurezza alimentare si sta sempre più consolidando, per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze, la promozione di stili di vita sani, legati ad una corretta alimentazione atta ad evitare anche l’obesità, con particolare riguardo a quella infantile, attuata con programmi e progetti di formazione e informazione che consentono di attuare il cambiamento nel modo di concepire la prevenzione e nelle strategie adottate in ambito preventivo.
- Progettualità di tipo più organizzativo, in quanto volte a promuovere cambiamenti di carattere più strutturale, ambientale, sociale (aumento di piste ciclabili, riorientamento dei menù nella ristorazione collettiva) necessari a sostenere le scelte individuali e collettive di salute nelle comunità locali. Tra i diversi interventi realizzati in tale ambito citiamo il “Progetto “Gruppi di Cammino”, tra quelli a maggiore diffusione sui territori regionali (Calabria, Campania, Liguria, Lombardia, Umbria, Veneto) finalizzato alla promozione dell’attività fisica. L’attività fisica costituisce non solo un vantaggio individuale, ma anche per la comunità sia in termini di spesa sanitaria che sociale per il mantenimento dell’autosufficienza. Nella positiva esperienza delle Regioni è risultato fondamentale il lavoro di rete integrata tra tutti i soggetti istituzionali e del volontariato che si occupano del benessere delle persone, impegnati nei rispettivi ruoli.

Purtroppo nonostante le buone intenzioni, i Piani di prevenzione hanno prodotto risultati non facilmente misurabili per quanto riguarda gli stili alimentari. Il tradizionale intervento educativo presente nella maggior parte delle programmazioni locali, determina, in generale, il miglioramento delle conoscenze su una corretta alimentazione e sui benefici dell’attività fisica, ma non un cambiamento delle attitudini e dei comportamenti dei singoli individui. Le

probabilità di successo sarebbero superiori se fossero attuati maggiori programmi di salute pubblica di tipo più organizzativo. Dalla lettura della normativa appaiono anche esempi di possibili interventi volti a migliorare le abitudini alimentari e gli stili di vita nella popolazione generale, come per esempio: modificare il disegno urbano al fine di favorire l'attività fisica nella comunità; potenziare il tempo dedicato all'attività fisica nelle scuole; ridurre l'esposizione dei bambini alla pubblicità di cibi ad alta densità energetica e alle bevande zuccherate.

Nell'ambito degli interventi di prevenzione della disabilità viene sottolineata l'importanza di realizzare strategie di integrazione tra le cure primarie e la prevenzione/sanità pubblica. L'attuazione di tali strategie, consente di erogare servizi centrati sui bisogni dei cittadini e sulle esigenze della comunità, con la creazione sul piano organizzativo di reti interprofessionali e interdisciplinari.

La lettura degli atti programmatori, se da una parte mette in risalto l'importanza di un'attività integrata che permette di affrontare in modo adeguato il problema delle malattie croniche, intervenendo sia sui fattori di rischio che sulla gestione di tutte le fasi della malattia, evidenzia comunque che le cure primarie e la sanità pubblica hanno finora svolto le proprie funzioni in modo sostanzialmente indipendente con un limitato grado di interazione. Il quadro che ne emerge evidenzia la separatezza delle strutture operative (DP e Distretti) e conseguentemente delle responsabilità e obiettivi da conseguire e la distanza degli approcci culturali dei professionisti e l'assenza di strategie per aumentare la complementarità dei due ambiti.

Sono poche le Regioni che gestiscono le patologie croniche degenerative con i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) veramente integrati.

Il numero limitato dei progetti all'interno della macroarea della medicina predittiva, della medicina della complessità e dei percorsi di presa in carico, riflette una insufficiente evidenza di efficacia degli interventi preventivi nel settore della medicina predittiva ma soprattutto una difficoltà di integrare i principi e gli strumenti di prevenzione con la medicina di base.

In conclusione, l'insieme delle azioni intraprese rende conto del significativo investimento rivolto all'implementazione di interventi di educazione sanitaria efficaci sui vari territori regionali. L'attività pianificata e realizzata a livello locale conferma un patrimonio di competenze ed esperienze che sostiene la positività del percorso intrapreso fondato sul "riorientamento" verso azioni di provata efficacia, più intersettoriali e multidisciplinari e sulla responsabilizzazione delle Regioni, chiamate a programmare sulla base delle proprie realtà, rendendo trasparenti metodi e strumenti utilizzati e risultati conseguiti.

L'analisi della normativa evidenzia inoltre modalità e approcci diversi, derivanti dalla "storia" del sistema sanitario che ogni Regione ha scritto e dall'organizzazione che si è data negli ultimi 5 anni, soprattutto in riferimento alla prevenzione.

La ricognizione normativa ha infatti evidenziato che oltre alle SESP del sistema socio-sanitario, altre strutture esterne ad esso, istituzionali o meno, hanno un ruolo attivo nella realizzazione di prestazioni di prevenzione che documenta l'importanza della interdisciplinarietà e intersettorialità come pre-requisito per la buona riuscita dei progetti/azioni/strategie messe in atto nelle 3 aree considerate.

Alcuni dati relativi all'Italia, del tutto preliminari del Rapporto Osservasalute 2011, non sono incoraggianti. La natura stessa della prevenzione, la rende vittima designata nei momenti di tagli e ridimensionamenti. Il ruolo di *governance* esercitato a livello delle Regioni è stato indirizzato a definire sempre più obiettivi di risultato e sempre meno percorsi operativi per il loro raggiungimento, lasciando autonomia, anche in campo organizzativo, alle Aziende sanitarie per le scelte delle soluzioni più adeguate, ma obbligatoriamente nel rispetto del vincolo di destinazione delle risorse che il sistema assegna alle attività di prevenzione. Appare evidente, dalla disamina della questione normativa che la prevenzione rappresenta una chiave di volta essenziale nel promuovere la salute e il benessere della popolazione.

Non esiste una tipologia organizzativa comune nelle aziende sanitarie, tantomeno per l'attribuzione istituzionale delle attività di prevenzione nei settori identificati dall'indagine: la grande variabilità esistente fra gli organigrammi delle diverse aziende sanitarie, anche all'interno della stessa Regione, rinforza questa constatazione. D'altronde la raccolta degli organigrammi è stata difficoltosa in quanto, spesso, non reperibili sui siti aziendali. Inoltre, nell'anno 2012-2013, le aziende sanitarie hanno attraversato un periodo di profondi cambiamenti molti dei quali non sono stati ancora formalizzati e, dunque, neanche il contatto diretto con i referenti regionali e i direttori sanitari ha permesso di ottenere le informazioni richieste. Spesso, in ambito di prevenzione primaria poco esiste nelle norme che definiscono le strutture istituzionalmente incaricate della prevenzione. Per diverse aree di prevenzione secondaria (es. screening tumorali) le responsabilità delle attività è affidata a strutture diverse dal DP.

Inoltre, una grande variabilità, sempre secondo le normative studiate, si è constatata anche nell'attribuzione dei ruoli che le SESP hanno nella realizzazione delle attività di prevenzione. Anche la ricognizione normativa, conferma, a questo livello, una "frammentazione". Nonostante l'esistenza del DP, le attività di prevenzione sono generalmente organizzate in modo assolutamente frammentario. Solo una parte viene esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai Servizi di prevenzione, mentre interi segmenti (come ad es. gli interventi di prevenzione secondaria) sono in genere aggregati a Servizi clinici di diagnosi e cura che agiscono per lo più separatamente senza rapportarsi con i Servizi di prevenzione. Non esiste, se non in situazioni privilegiate e in alcuni settori, una esplicita definizione di obiettivi e di priorità delle pratiche preventive all'interno di precise scelte di progettazione e di programmazione. Il DP, nella sua attuale configurazione, agisce come una sorta di confederazione di servizi autonomi e non come una unità organizzativa integrata. Permane, nell'organizzazione e nella gestione, la logica dell'adempimento agli obblighi di legge che ha prodotto rigidità strutturali e procedurali, impedendo spesso una corretta valutazione ordinale dei rischi, essenziale ai fini della definizione delle priorità organizzative.

Di conseguenza, sono state adattate anche le modalità di realizzazione dell'indagine per cui si è optato per una descrizione qualitativa di un campione di SESP realizzata attraverso un questionario volto ad indagare le attività svolte, la struttura e le reti nelle quali operano.

Molta dell'attività di prevenzione corrente è realizzata all'interno dei programmi/progetti dei piani di prevenzione regionali e la maggior parte delle SESP individuate all'interno delle ASL sono servizi all'interno del DP.

I Piani di Prevenzione, il secondo (2010-2012) più ancora del primo (2005-2007), hanno costituito una grande opportunità per ripensare non soltanto le strategie e gli obiettivi ma anche le modalità e l'assetto con cui il sistema sanitario regionale ha offerto ai propri cittadini opportunità e servizi di prevenzione.

In misura variabile dal 63 all'83% delle SESP intervistate, le 8 componenti studiate per descrivere l'assetto delle SESP sono state giustificate dai PRP 2010-2012 che si confermano, come rilevato anche nella recente valutazione del PNP effettuata dall'ISS per conto del Ministero della Salute, di grande impatto anche sul sistema di salute regionale/aziendale. Tuttavia anche la lettura dei Piani regionali di Prevenzione non sempre aiuta nella comprensione dei diversi attori/responsabili della prevenzione.

In genere non sono disponibili delle norme precise a disposizione delle aziende sanitarie che istituiscono o regolamentano la stesura e la realizzazione di un piano di prevenzione, così che la realizzazione di attività, di per sé anche omogenee (si pensi ad es. la prevenzione del sovrappeso/obesità) sono svolte, nelle diverse ASL, da un numero di servizi molto variabile, con collocazione (nell'organigramma aziendale), caratteristiche e compiti anche molto differenti fra loro.

La mancanza di un piano di prevenzione strutturato a livello aziendale basato su un'adeguata analisi delle priorità può spiegare in parte anche la variabilità con cui i servizi sono strutturati nelle diverse aree di studio.

Per le 3 aree di prevenzione studiate, la figura professionale più rappresentata è quella del medico per il quale la competenza specifica è maggiormente acquisita (in proporzione) in ordine decrescente nell'area della promozione dell'attività fisica, in quella della prevenzione sovrappeso/obesità, in quella della prevenzione della disabilità degli anziani. Le figure più impiegate, dopo il medico, sono l'assistente sanitario e l'infermiere, in misura equivalente a meno della metà, rispetto ai medici. Questa constatazione solleva il problema dell'efficienza nell'utilizzazione delle (sempre) più scarse risorse umane e sottolinea la necessità di definire (o ridefinire) attribuzioni e compiti nell'ambito delle attività di prevenzione anche al fine di identificare e assegnare ai vari compiti le figure professionali ad essi più adeguati.

In generale, l'assetto dei servizi è parso molto più adeguatamente organizzato e attivo, in ordine decrescente, per la prevenzione del sovrappeso/obesità, seguito dalla promozione dell'attività fisica e in ultimo dalla prevenzione della disabilità nella persona in età avanzata. Tenendo presente questa condizione, si è effettuata l'analisi comparativa delle 8 componenti comunemente indicate quali descrittori della capacità di *governance* dei programmi di salute pubblica (e prevenzione) a livello locale, in maniera trasversale alle 3 aree di prevenzione (sovrappeso/obesità, promozione attività fisica e prevenzione disabilità nella persona avanti in età).

In sintesi si sono rilevate alcune caratteristiche comuni, quali:

1. La pianificazione degli interventi è una componente comune all'assetto operativo delle ASL e praticata dalla grande maggioranza delle SESP, anche se solo in un terzo dei casi in maniera autonoma, molto più spesso in collaborazione/subordinazione ad altri servizi. Non tutte le attività attinenti alla pianificazione sono realizzate con la stessa frequenza. Lo studio di contesto, preliminare a qualsiasi intervento è correntemente realizzato solo nella metà dei casi, mentre la valutazione risulta non essere diffusa come ci si aspetterebbe (solo nel 60% dei casi). Queste caratteristiche sono riverberate anche nei bisogni formativi legati a questa componente, dove una formazione sulla pianificazione è richiesta da circa 3 SESP su 4, mentre migliori competenze sulla valutazione sono richieste dall'85% delle SESP.
2. La raccolta di informazioni per la sorveglianza e il monitoraggio di una popolazione target è pratica costante per tutte le ASL per quanto riguarda il sovrappeso/obesità, meno per l'attività fisica e meno ancora per la disabilità nella popolazione avanti negli anni. Questa attività si esprime nella maggior parte dei casi attraverso la partecipazione delle ASL alle sorveglianze epidemiologiche di popolazione nazionali (in ordine decrescente, PASSI, OKio alla SALUTE e PASSI d'Argento), anche se diverse ASL (intorno alla metà) hanno adottato anche altri approcci di sorveglianza. Nella quasi totalità dei casi (89%) è coinvolta la figura del medico e solo secondariamente (35%) quella dell'assistente sanitario, dietista/dietologo (31%) o infermiere (21%). Benché tutte le SESP siano impegnate nella raccolta dei dati, non tutte ne fanno l'analisi e interpretazione, ma nella visione complessiva ogni ASL mostra di svolgere adeguatamente tutte queste funzioni attraverso il coinvolgimento di diverse SESP con diverse funzioni rispetto alla sorveglianza. Questo massiccio coinvolgimento delle ASL nella sorveglianza di popolazione, non sembra avere una ricaduta costante, solo 1 volta su 2 (54% dei casi), sulla programmazione della prevenzione e della promozione della salute, in parte spiegabile con il fatto che solo nel 43% dei casi è il decisore il target della comunicazione dei risultati della sorveglianza. La comunicazione della sorveglianza ha

come target privilegiato gli operatori della prevenzione e della promozione della salute (85% dei casi), mentre gruppi di interesse e popolazione generale sono raggiunti con frequenza limitata (rispettivamente nel 39% e nel 35% dei casi). Queste anomalie sono percepite dal personale intervistato che, nella percezione dei bisogni formativi attinenti alla sorveglianza e monitoraggio della situazione di salute di una popolazione, colloca al primo posto per frequenza la comunicazione (92%), seguito dalle competenze epidemiologiche (69%), da quelle sul management dei dati (56%) e statistiche (39%).

3. Le attività di promozione della salute, miranti all'*empowerment* della popolazione di riferimento, sono ugualmente una caratteristica costante dell'assetto operativo delle ASL rappresentate nell'indagine, con frequenze variabili dal 100% (per il sovrappeso/obesità) all'80% (per la prevenzione disabilità della persona in età avanzata). All'ampia diffusione trasversale di questa componente della prevenzione non fa capo tuttavia un'adeguata copertura quantitativa della popolazione di riferimento che soltanto nella metà dei casi delle ASL oltrepassa il 30%. Prevalentemente l'azione è svolta a favore delle fasce giovanili della popolazione (sotto i 10 anni) diminuendo gradualmente con l'età della popolazione di riferimento (solo il 23% delle SESP ha come target di questa componente la popolazione ultra64enne). Per ciò che riguarda le modalità con cui le attività di promozione viene realizzata, mentre circa l'80% delle SESP coinvolte ritiene che gli obiettivi siano adeguatamente strutturati, i *setting* dell'azione adeguatamente definiti e la collaborazione con i gruppi di interesse sufficientemente curati, solo il 50% ritiene che la valutazione sia adeguata. Questi aspetti sono sottolineati anche dalle caratteristiche del bisogno formativo espresso dai responsabili delle strutture intervistate che ritengono necessario il potenziamento di alcune competenze inerenti la progettazione (48%), l'implementazione (56%), la conoscenza delle metodologie quali-quantitative (52%), soprattutto nell'ottica del miglioramento delle competenze per il monitoraggio e la valutazione richiesto dall'81% degli intervistati. La promozione della salute, anche se è un'attività "giovane", appare molto diffusa e viene richiesto in generale un maggiore investimento, in termini di bisogni formativi degli operatori. Questa considerazione è rafforzata dalla constatazione della generale bassa copertura della popolazione target che rischia di mettere in discussione la definizione di "programmi" per tali interventi.
4. Secondo il gradiente: prevenzione sovrappeso/obesità, prevenzione disabilità anziani, promozione attività fisica, le ASL riferiscono un assetto operativo molto orientato al coinvolgimento dei gruppi di interesse nella prevenzione, preceduto in una buona percentuale di casi (75%) da un'adeguata identificazione degli stessi. Il fatto che il coinvolgimento avvenga tuttavia in prevalenza durante la fase di realizzazione degli interventi (86%) meno durante l'elaborazione (59%) o la valutazione (33%), dovrebbe suggerire degli sforzi miranti a estendere con medesima frequenza la partecipazione dei gruppi di interesse a tutte le fasi della pianificazione della prevenzione.
5. A quest'aspetto si collega l'attività del *networking*, cui si attribuisce un crescente significato ai fini dell'efficacia della prevenzione e promozione della salute. La maggior parte delle ASL si è data un assetto tale da esercitare quest'attività in maniera ampia, soprattutto nell'area di prevenzione del sovrappeso e obesità (92%) e della promozione dell'attività fisica (82%), meno (70%) nell'area della prevenzione della disabilità nell'anziano. La componente di creazione e sostegno alle reti è stata studiata sotto diversi aspetti. I servizi di prevenzione del sistema sanitario regionale/aziendale appaiono avere un ruolo prevalente nella promozione (60%), nella programmazione (58%), nel monitoraggio della rete e nell'erogazione dei servizi (intorno al 50%), mentre un ruolo di consulenza viene più spesso offerto dagli MMG o PLS (70%) e dalla

scuola (50%). Il finanziamento delle reti avviene più spesso grazie alle strutture del sistema sanitario (30%), mentre la formazione (escludendo quella del personale proprio) avviene a carico o per iniziativa prevalentemente degli enti locali (12%). Analizzando i dati da un punto di vista qualitativo, in relazione cioè ai ruoli svolti rispetto alle reti, il DP, in particolare, e le altre strutture dell'azienda svolgono un ruolo preponderante in termini di promozione, coordinamento, programmazione e monitoraggio nell'area di prevenzione del sovrappeso/obesità, oltre che di erogazione dei servizi e di formazione del personale esterno alla struttura. In quest'area di prevenzione il principale erogatore di servizi appare la scuola, che ha comunque un ruolo importante anche nella promozione della rete nella programmazione degli interventi e nel monitoraggio delle attività di rete. È da segnalare, in quest'area, il ruolo riconosciuto al settore no profit nel sostegno alla rete attraverso l'erogazione dei servizi previsti nei programmi di prevenzione. Nell'area della promozione dell'attività fisica, il ruolo rispetto alle reti del DP e, in misura inferiore, delle altre strutture della ASL (Distretti e altri Servizi) è ancora più marcato. Gli intervistati riconoscono al settore *no profit*, agli enti locali e alla scuola un impegno importante nell'erogazione del servizio, ma anche nella promozione della rete e nel coordinamento delle attività. Nella terza area, quella della prevenzione della disabilità dell'anziano, oltre al ruolo pivotale del DP principalmente nella promozione e nella coordinazione della rete, è riconosciuto al settore no profit il primato nell'erogazione dei servizi, associato a una responsabilizzazione sui principali ruoli della rete, dalla promozione, al coordinamento, alla programmazione, alla formazione del personale. Un profilo simile risulta anche a carico degli enti locali che sono riconosciuti grossolanamente al pari degli altri servizi della ASL in quanto al ruolo svolto all'interno delle reti. In sintesi, pur con una certa variabilità rispetto alle tre aree di prevenzione in studio, l'assetto delle ASL rispetto alle reti sembra comune a tutte le realtà regionali. Il DP svolge un ruolo centrale, ma a seconda delle aree, molti ruoli rispetto alla rete sono maggiormente associati ad altri partner, interni o esterni al sistema socio-sanitario pubblico. Quanto all'assetto istituzionale delle reti di prevenzione, con variazioni contenute fra le 3 aree di prevenzione, è da notare che le reti nella quasi totalità dei casi (oltre 96%) hanno carattere informale, cioè funzionano senza un protocollo definito e con riunioni "al bisogno", ma frequentemente (in oltre 2 casi su 3) le attività di rete sono basate su accordi istituzionali.

6. Vi sono due componenti che nell'assetto operativo dell'offerta di prevenzione delle ASL risultano decisamente in secondo piano: le misure per le disuguaglianze, cioè le azioni a favore di individui allo scopo di favorirne l'accesso ai servizi in tal modo limitando le disuguaglianze e la valutazione di accesso, qualità ed efficacia dei servizi, con ricerca e proposta di nuove soluzioni. Non vi sono differenze rilevanti fra le 3 aree di prevenzione, con valori di copertura delle ASL attorno al 60% e fra il 40 e 60% rispettivamente per la prima e seconda componente. Per le implicazioni nella *governance* e nell'efficacia della prevenzione di queste componenti, è chiara l'indicazione a svilupparle ulteriormente all'interno delle ASL.

Dall'analisi del quadro completo delle 8 componenti per le 3 aree di prevenzione si evince che, probabilmente a causa del limitato sviluppo di alcune fra esse (si è detto delle "misure" per le disuguaglianze e la valutazione di accesso, qualità ed efficacia dei servizi) solo circa un 30% delle ASL in studio presenta un adeguato sviluppo di tutte le componenti necessarie alla *governance* della prevenzione a tale livello.

Non c'è dubbio che una parte di questa grande variabilità e instabilità degli assetti delle strutture di prevenzione sia ascrivibile ai rapidi cambiamenti in questo settore, in particolare alla necessità di realizzare “nuovi” compiti, per esempio, nel campo della promozione della salute, ma un disegno più preciso degli assetti delle strutture della prevenzione può portare a un miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei programmi in corso.

BIBLIOGRAFIA DI APPROFONDIMENTO

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *The guide to clinical preventive services 2012. Recommendations of the U.S. Preventive Service Task Force*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012.
- Boccia A, Cislighi C, Federici A, Lagravinese D, Nicelli AL, Renga G, Ricciardi W, Signorelli C, Trabucchi M, Villari P. *Rapporto Prevenzione 2012. La governance della prevenzione*. Bologna: Società Editrice Il Mulino; 2012.
- Bryson JM, Crosby BC, Middleton Stone M. The design and implementation of Cross-Sector Collaborations: propositions from the literature. *Public Administration Review* 2006;66(suppl. 1):44-55.
- de la Harpe J. *Strengthening local governance for improved water and sanitation services*. Delft, The Netherlands: IRC International Water and Sanitation Centre; 2007.
- Eastern Mediterranean Regional Office, World Health Organization. *Framework for assessing governance of the health system: gateway to good governance*. Alexandria May 20-24, 2007. [presentazione PPT]. Disponibile all'indirizzo: http://www.powershow.com/view1/1100ee-ZDc1Z/Framework_for_Assessing_Governance_of_the_Health_System_Gateway_to_Good_Governance_powerpoint_ppt_presentation; ultima consultazione 11/1/2016.
- Howard R, Gunther S. *Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action January 2014* (Internet). Geneva: World Health Organization; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf; ultima consultazione il 11/1/2016.
- Italia. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 360, 28 dicembre 1978 - Suppl. Ordinario.
- Lewin K. *La teoria, la ricerca, l'intervento*. Bologna: Il Mulino; 2005.
- Marzuillo C, Di Thiene D, Unim B, et al. Un'analisi d'insieme ai Piani Regionali della Prevenzione (PRP). In: Boccia A, Cislighi C, Federici A, et al. (Ed.). *Rapporto Prevenzione 2012*. Bologna: Società Editrice Il Mulino, 2012. p. 417-35.
- McGuire M. Managing networks: proposition on what managers do and why they do it. *Public Administration Review* 2002; 62(5):599-609.
- Ministerial Council on Mineral and Petroleum Resources. *Principles for engagement with communities and stakeholders*. Canberra, Australia: MCMPR; 2005.
- Moullin M, Soady J, Skinner J, Price C, Cullen J, Gilligan C. Using the Public Sector Scorecard in public health. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2007;20(4):281-9.
- National Public Health Performance Standards Program (NPHPSP), Centers for Disease Control and Prevention. *Local Public Health System. Performance Assessment Instrument. Version 2.0*. August 31, 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/nphpsp/documents/local/local.bookleta.pdf>; ultima consultazione 11/1/2016.
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane. *Rapporto Osservasalute 2011. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane*. Milano: Prex; 2012.
- Popay J. *Community engagement for health improvement: questions of definition, outcomes and evaluation*. A background paper prepared for Nice. March 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/smt/070306item13.pdf> ; ultima consultazione 11/1/2016.

- Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM, Jama MA. Framework for assessing governance of the health system countries: gateway to good governance. *Health Policy* 2009;90:13-25.
- Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. *Health in All policies: prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health systems and policies; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf; ultima consultazione 11/1/2016.
- Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008;62:580-3.
- Swainston K, Summerbell C. *The effectiveness of community engagement approaches and methods for health promotion interventions*. University of Teesside: National Institute for Health and Clinical Excellence Collaborating Centre; 2008.
- Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Wendell L French, Cecil Bell. *Organization development behavioral science interventions for organization improvement*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1983.
- Woodward G, Manuel D, Goel V. *Developing a balanced scorecard for public health*. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2004.
- World Health Organization. *Toolkit on monitoring health systems strengthening. Health systems governance*. Geneva: WHO; 2008.
- World Health Organization. *Pathways to health system performance assessment. A manual to conducting health system performance assessment at national or sub-national level*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2012.
- World Health Organization. *Health promotion Glossary*. Geneva: WHO, 1998.

APPENDICE A
Normative e organizzazione della prevenzione
nelle diverse Regioni

Abruzzo

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- Piano Sanitario Regionale (PSR) 1994-96 si limitava ad enunciare la costituzione dei Dipartimenti di Prevenzione (DP), secondo le indicazioni nazionali del DL.vo 229/1999.
- Legge Regionale n. 37/99, PSN 1999-2001.
- Linee guida atti aziendali n. 1115 del 09/10/2006.
- Legge Regionale 5/2008 piano sanitario regionale 2008-2010: macrolivello prevenzione collettiva – il DP.

Il DP designato nell'ambito della programmazione regionale richiama, ai sensi dell'ultimo PSR 2006 Appendice – 2008, le indicazioni nazionali. Viene quindi disegnata come una struttura operativa della Azienda alla cui missione contribuisce garantendo la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita. Il DP, è quindi, preposto all'organizzazione e alla promozione della tutela della salute della popolazione, attraverso azioni finalizzate, a conoscere, a prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia in tutte le realtà in cui la salute della popolazione è esposta a rischio. Attraverso il DP si realizza la gestione e il coordinamento di operatori appartenenti a diverse discipline, che si integrano fra loro sulla base delle necessità, per garantire gli interventi previsti nel primo livello uniforme di assistenza con la più alta professionalità possibile, la massima completezza dell'intervento preventivo e l'ottimizzazione delle risorse.

Allo stato attuale il DP è articolato nelle seguenti unità operative:

- Igiene e sanità pubblica;
- Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Veterinaria.

Le attività del DP sono:

- programmare a livello generale le attività del Servizio;
- verificare l'efficacia/efficienza e la qualità degli interventi;
- promuovere e coordinare le iniziative e gli strumenti per l'informazione, la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini fruitori del servizio;
- adottare misure organizzative atte a consentire le analisi e le valutazioni del costo dei servizi in rapporto all'attività effettivamente svolta.

Poiché l'attività del DP trova concreta realizzazione nel territorio, i Servizi del DP sono articolati in unità operative territoriali. Le unità operative territoriali sono costituite da operatori provenienti dai Servizi del DP che erogano in maniera polivalente tutte le prestazioni di base (di 1° livello) in un ambito territoriale identificato sulla base di parametri quali: concentrazione di insediamenti produttivi, concentrazione di insediamenti zootecnici, esigenze epidemiologiche, ecc.

Dall'analisi di contesto e dall'indagine conoscitiva sullo stato dell'arte dei DP, promossa nel 2006 dall'ASR Abruzzo, si evidenzia come le attività di prevenzione primaria presentano numerosi aspetti problematici e preoccupanti segnali di crisi, in termini di attività, prodotti, qualità delle prestazioni, costi, essendo assolutamente carenti i sistemi informativi (se non per alcune aree: es. vaccinazioni e sanità animale) e di contabilità.

In sintesi, le criticità emerse sono:

- *le risorse*: la Legge Regionale 37/99: PSR 1999-2001 ha stabilito per i DP un appannaggio del 6,50% delle risorse finanziarie del FSR, vincolato all'espletamento delle attività del DP e dei Servizi che lo compongono ai sensi dell'art.7 del DL.vo 502/1992 e s.mi. La situazione al 2006 ha registrato una spesa notevolmente inferiore rispetto a quella prevista dal Piano, nonostante le reiterate affermazioni di principio e la periodica riproposizione del primato della prevenzione sulle cure. Paradigmatici di tale situazione sono i dati relativi alla dotazione organica di personale per la prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, a fronte del potenziale bacino di bisogni di tutela di salute del territorio abruzzese. È evidente come tale carenza di investimento abbia contribuito alla limitazione dello sviluppo dei DP, con una implosione delle iniziative e delle potenzialità di prevenzione;

- *le disuguaglianze*: in ambito regionale esistono importanti differenze sia dal punto di vista dei problemi di salute, sia dal punto di vista dello stato organizzativo dei Servizi del DP;
- *la frammentazione*: nonostante l'esistenza del "DP", le attività di prevenzione sono generalmente organizzate in modo assolutamente frammentario. Solo una parte viene esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai Servizi di prevenzione, mentre interi segmenti (come ad esempio gli interventi di prevenzione secondaria) sono in genere aggregati a Servizi clinici di diagnosi e cura che agiscono per lo più separatamente senza rapportarsi con i Servizi di prevenzione. Non esiste, se non in situazioni privilegiate e in alcuni settori, una esplicita definizione di obiettivi e di priorità delle pratiche preventive all'interno di precise scelte di progettazione e di programmazione;
- *lo stile di lavoro*: il DP, nella sua attuale configurazione, agisce come una sorta di confederazione di servizi autonomi e non come una unità organizzativa integrata. Permane, nell'organizzazione e nella gestione, la logica dell'adempimento agli obblighi di legge che ha prodotto rigidità strutturali e procedurali, impedendo spesso una corretta valutazione ordinale dei rischi, essenziale ai fini della definizione delle priorità organizzative.

Nel corso degli ultimi anni, in attuazione del "Piano Regionale di Prevenzione Sanitaria 2005-07" si è assistito ad uno sforzo da parte di molti operatori e Servizi che hanno prodotto alcuni avanzamenti (miglioramento dell'organizzazione e programmazione, realizzazione di alcuni progetti di lavoro coordinato, iniziale sviluppo di reti collaborative, ecc.). Tuttavia, l'organizzazione del lavoro "per obiettivi" non costituisce ancora la pratica prevalente e viene spesso utilizzata solo per progetti "speciali" e "aggiuntivi" che, pur essendo importanti, influenzano scarsamente il funzionamento ordinario della macchina organizzativa e non producono integrazione reale e permanente.

Queste scelte hanno obbligato i DP a ridurre la loro capacità effettiva di intervento e di proposizione. Ne hanno sofferto soprattutto alcune funzioni (epidemiologica, di promozione e educazione alla salute e di prevenzione nutrizionale).

Basilicata

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- Legge Regionale 3/1999 "Norme per l'organizzazione e l'esercizio delle funzioni di prevenzione spettanti al SSR". Art. 6 competenze del DP.
- Legge Regionale n. 39/2001 "Riordino e razionalizzazione del SSR": art. 29 l'organizzazione dipartimentale.
- Legge Regionale n. 12/2008 "Riassetto organizzativo e territoriale del servizio sanitario regionale": accorpamento delle ASL e istituzione delle ASP. I Dipartimenti aziendali di prevenzione sono organizzati in Dipartimento di prevenzione collettiva della salute umana e in Dipartimento di prevenzione della sanità e del benessere animale.

La prevenzione globale e la promozione della salute in Basilicata è in generale compito del Dipartimento ed ha come finalità individuare e contrastare i fattori di rischio che possono nuocere alla salute della popolazione con particolare attenzione ai gruppi di popolazione più esposti.

La sanità lucana è in fase di riordino ai sensi e per gli effetti della Legge Regionale n. 12/2008 (Riassetto organizzativo e territoriale del servizio sanitario regionale). In Basilicata ci sono attualmente due ASL: l'ASL di Potenza - ASP, che comprende gli ambiti territoriali delle ex ASL n.1 di Venosa, n. 2 di Potenza e n. 3 di Lagonegro, (per un totale di 100 comuni e 385.309 abitanti al 31 dicembre 2009) e l'ASL di Matera - ASM, che comprende gli ambiti territoriali delle ex ASL n. 4 di Matera e n. 5 di Montalbano Jonico, (per un totale di 31 comuni e 203.570 abitanti al 31 dicembre 2009).

Per ogni ASL, la Legge Regionale n. 12/2008 riorganizza i Dipartimenti aziendali di prevenzione in "Dipartimento di prevenzione collettiva della salute umana" (con competenze attestata alle unità operative di igiene, epidemiologia e sanità pubblica, di igiene degli alimenti e della nutrizione, di medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro, di prevenzione, protezione e impiantistica nei luoghi di lavoro) e un "Dipartimento di prevenzione della sanità e del benessere animale (con competenze attestata alle c.d. aree A – sanità e benessere animale, B – igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati e C –

igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche)”, nonché la previsione di n. 5 distretti della salute nell’ASP e n. 2 nell’ASM, punto di forza del nuovo piano sanitario nell’ambito del riassetto dei servizi - ove i distretti vengono a configurarsi come:

- ambiti territoriali dell’ASL, coincidenti con gli ambiti socio-territoriali, al fine di favorire la programmazione e la gestione integrata dei servizi (anche tramite la costituzione di organismi paritetici) e la condivisione dei progetti di cura e di assistenza da parte degli operatori (integrazione istituzionale, professionale e gestionale) – coincidenti in via transitoria con gli ambiti territoriali delle cinque ex ASL e definitivamente con gli ambiti territoriali e amministrativi delle comunità locali così come definite dalla Legge Regionale n. 11/2008 (1) (Norme di riordino territoriale degli enti locali e delle funzioni intermedie anche in applicazione della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 Finanziaria 2008);
- macro-organizzazioni complesse, assimilabili a quelle dipartimentali, e in particolare a dipartimenti strutturali, ai quali si riconosce, non solo formalmente, un ambito di autonomia, risorse, patrimonio e gestione pari a quanto previsto per le altre macro-strutture aziendali (DP e presidi ospedalieri);
- luoghi di governo della domanda, di garanzia dei LEA socio-sanitari e di presa in carico dei bisogni complessivi, in particolare rispetto alle fragilità e ai soggetti non autosufficienti, che operano in un ruolo di governance, sulla base di progetti di salute legati all’evidenza scientifica della medicina, e adottano strumenti validati per il miglioramento continuo della qualità, nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi delineati dal piano e dalle susseguenti direttive regionali.

Infine, in relazione ad alcune tematiche di rilievo a fini preventivi, si rappresentano organizzazione e previsioni di piano (nuovo Piano Sanitario) riguardo a salute mentale, area – materno-infantile e dipendenze.

Il Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 individua alcuni obiettivi:

- Razionalizzare e omogeneizzare i livelli di assistenza della prevenzione in tutte le Aziende sanitarie regionali”.
- Potenziare e riqualificare dei settori critici della prevenzione.
- Miglioramento della qualità.

La situazione attuale della Basilicata contempla cinque Dipartimenti di Salute Mentale – DSM uno per ogni ex ASL e una dotazione organica disomogenea e carente rispetto alle indicazioni del PON “Tutela della salute mentale 1998/2000”.

Per cui il nuovo piano sanitario prevede che in ogni ASL sia costituito un DSM quale struttura operativa deputata alla organizzazione e alla produzione di attività finalizzate alla promozione e alla tutela della salute mentale della popolazione di riferimento, alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione del disagio psichico e del disturbo mentale per l’intero arco della vita, assicurando tutte le attività di assistenza psichiatrica, neuropsichiatrica e psicologica per l’età evolutiva e adulta, che i distretti garantiscano la necessaria integrazione tra le proprie prestazioni e quelle svolte da altre articolazioni organizzative e che lo stesso DSM si articoli in unità operative complesse attinenti le principali funzioni e compiti attribuiti a: Centro di Salute Mentale – CSM (uno per ogni distretto); Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura – SPDC ospedaliero (uno per ASL); Area per la gestione di tutte le forme residenziali, semi-residenziali e riabilitative territoriali (una per ASL) ove saranno declinate delle specifiche unità dedicate ai disturbi del comportamento alimentare (DCA); Area di neuropsichiatria infantile di riferimento regionale (Ospedale) e servizi territoriali (un’Area per ASL); Area di assistenza di psicologia clinica (una per ASL).

Calabria

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- Legge Regionale 11/5/2007, n. 9 riorganizzazione del SSR Art.7 riduzione ASL e istituzione ASP.
- DGR n. 302 del 25/5/2009, riorganizzazione del Dipartimento Regionale Tutela della Salute, inglobandolo nel “Settore Area LEA”, come Servizio, “Attività Territoriali e Prevenzione”.
- DGR 851/2010 approvazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP).

Il SSR attualmente è costituito dal Dipartimento regionale Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, da cinque aziende sanitarie provinciali e da quattro Aziende Ospedaliere.

Negli ultimi tre anni il SSR ha dovuto, ai sensi dell'art. 7 Legge Regionale n. 9 dell'11 maggio 2007, affrontare una profonda riorganizzazione dovuta alla riduzione del numero delle ASL da 11 a 5 con la conseguente istituzione delle ASP che ha causato, nella fase iniziale, una stasi del sistema; a ciò, bisogna aggiungere, il contemporaneo commissariamento, per "infiltrazioni mafiose", da parte del Consiglio dei Ministri, dell'ASL di Locri che non ha consentito l'accorpamento di questa con la l'ASP di Reggio Calabria, fino al marzo del 2010.

Altro aspetto, che ha reso critico il coordinamento regionale del governo della "Prevenzione" è stata la riorganizzazione del Dipartimento Regionale Tutela della Salute, attuata con DGR n. 302 del 25 maggio 2009, che ha soppresso il "Settore Prevenzione Primaria e Secondaria" inglobandolo nel "Settore Area LEA", come Servizio, "Attività Territoriali e Prevenzione" con un sovraccarico di lavoro per il Dirigente di Servizio preposto, che ha dovuto e deve coordinare attività che spaziano dalla gestione dei Distretti, delle Cure Primarie e della Specialistica Ambulatoriale, alla Prevenzione Primaria e Secondaria.

Inoltre, questa nuova organizzazione del Dipartimento ha prodotto l'abolizione di due Servizi in precedenza strutturati nel Settore Prevenzione Primaria.

Al fine di ovviare a questa criticità è in itinere una nuova riorganizzazione del Dipartimento che terrà conto degli obiettivi del Piano di Rientro, assegnati alla Regione Calabria.

Sul territorio in ogni ASP insistono i DP.

DGR 5/7/2011, n. 54 "Linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali. Obiettivo G.07.S18.03" definisce la struttura organizzativa del DP.

Il DP è articolato ai sensi dell'art. 7-quater, comma 2, del DL.vo 502/1992 e s.m.i., nelle seguenti sei funzioni, per ciascuna delle quali è prevista l'individuazione di una struttura o servizio:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- sanità animale;
- igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

A queste funzioni si aggiunge la funzione di medicina legale, pur se non prevista dal DL.vo 502/1992, in quanto attività simile di prevenzione.

L'area dell'assistenza collettiva, in coerenza alla classificazione nazionale dei Lea e al PSN, comprende inoltre le seguenti funzioni aggregate:

- epidemiologia, nel caso in cui non sia attivato nello staff della direzione generale;
- integrazione salute e ambiente;
- progettazione e coordinamento delle iniziative di educazione sanitaria e di prevenzione rivolta alle persone, sviluppate con la collaborazione delle aree di assistenza distrettuale e ospedaliera;
- tutela della salute delle attività sportive;
- attività di screening oncologici.

Campania

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- Legge Regionale 3/11/1994, n. 32 Riordino del SSR, art. 12.
- DCR 27/12/2001, n. 2087 Piano Sanitario Regionale 2002-2004.
- Decreto Assessoriale 13 dicembre 2007, n. 517 Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria Costituzione tavolo di coordinamento.
- DGRC 28/7/2005, n. 994 Area Generale di Coordinamento n.19. PSR n.20 – Assistenza Sanitaria – Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1 comma 34 e 34 bis della Legge 662/96: assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi del PSN 2003-2005 a valere sul FSN 2004 (BUR n. 52 del 10.10.05).

- Decreto Regionale 22/3/2011, n. 22 Approvazione del Piano sanitario regionale ai sensi del punto t) della delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 24/4/2010.

La Legge Regionale 3/11/1994 n. 32 di Riordino del SSR, disciplina all'art. 12 la costituzione del DP in ognuna delle 13 ASL individuate sul territorio regionale. Tale Legge ha inoltre statuito che il DP:

- presiede alle attività e alle prestazioni previste nel livello di assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (così come individuate all'art. 6 commi 3 e 4);
- è dotato di autonomia organizzativa, nei limiti previsti dai regolamenti interni;
- è articolato in 8 servizi centrali, come di seguito indicati:
 - Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP);
 - Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL);
 - Servizio Igiene e Medicina del Lavoro (SIML);
 - Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN);
 - Servizio Epidemiologia e Prevenzione (SEP);
 - Servizio Veterinario della sanità animale (SvetA);
 - Servizio Veterinario dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione e trasporto degli alimenti di origine animale (SvetB);
 - Servizio Veterinario dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SvetC);
- dispone di un budget assegnato al responsabile del Dipartimento;
- svolge, attraverso i servizi centrali, funzioni centrali di programmazione, coordinamento tecnico e controllo e, attraverso le strutture distrettuali, funzioni più squisitamente operative;
- assicura le funzioni operative distrettuali attraverso le Unità Operative di Prevenzione Collettiva (UOPC), le Unità Operative Veterinarie (UOV) e le Unità Operative Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (UOPLL). Con tale provvedimento normativo, la Regione Campania ha inteso, da un lato, dare maggiore rilevanza ad alcune attività elevando, ad esempio, a rango di Servizio, le attività di epidemiologia e prevenzione delle malattie infettive e cronico-degenerative ovvero disaggregando le attività veterinarie in 3 diversi servizi e dall'altro ha inaugurato un percorso misto verticale/orizzontale con la creazione di UO che funzionalmente (e cioè per competenze istituzionali assicurate) rispondono al DP secondo un modello verticale e operativamente sono inserite nell'area di pertinenza territoriale di ogni Distretto Sanitario secondo un modello orizzontale.

Al tempo stesso, accennando alla valenza dei regolamenti interni, la legge ha offerto ulteriore elasticità di configurazione ai DP, comunque nei limiti previsti dal citato art. 12, in seno alla singola ASL.

Successivamente, in occasione della stesura del PSR, avvenuto in data 20/6/2002, la Regione Campania ha ribadito che l'articolazione aziendale che deve promuovere la strategia di prevenzione della ASL è il DP, "che realizza" – cita il testo approvato – "tali compiti attraverso strutture funzionalmente riferibili a quattro aree (Igiene Pubblica; Igiene degli Alimenti; Veterinaria; Igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro) interconnesse tra loro, anche grazie al collante metodologico dell'epidemiologia, come disciplina operativa di raccolta, elaborazione e ricaduta operativa di dati e informazioni". "Il DP" – è ancora riportato nel PSR – "è la struttura operativa aziendale che propone le strategie di prevenzione della ASL e sviluppa le iniziative atte a garantire la tutela della salute collettiva". In particolare si propone di "rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale, in tutte le realtà in cui la salute pubblica è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa".

I 13 DP delle ASL campane hanno svolto il proprio compito tra molteplici difficoltà, generate, anche, dalla diversa articolazione organizzativa definita dagli atti aziendali delle singole ASL, che ha reso spesso difficilmente confrontabile l'attività svolta in diverse Aziende Sanitarie pur per la stessa fattispecie. Proprio per far fronte a questa esigenza, diffusamente avvertita a livello locale e rappresentata a livello delle strutture regionali sanitarie, la Regione Campania, con Decreto Assessoriale 13/12/2007, n. 517 dell'Assessore alla Sanità della Giunta Regionale della Campania ha istituito il tavolo di coordinamento dei DP con la finalità di perseguire un miglioramento e una omogeneizzazione delle modalità e dei livelli qualitativi e quantitativi dei DP con particolare riguardo alle attività dei Servizi Igiene e Medicina del Lavoro (SIML) e dei Servizi Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) nonché di tutte le funzioni che attengono alla tutela della salute dei lavoratori e alla sicurezza dei luoghi di lavoro. Questo ulteriore sforzo compiuto dalla Regione Campania risulta ancora più valido e concreto se lo si rapporta

alle recenti norme, in via di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, relative ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che richiederanno ai DP, e in particolare ai SIAN un particolare impegno.

La primissima fase di ricognizione avviata dalla Regione Campania a seguito del succitato Decreto Assessoriale n. 517/2007 ha evidenziato la carenza nei diversi DP delle ASL di comuni procedure per lo svolgimento delle attività istituzionali di pertinenza nonché di un sistema informativo condiviso, che non consentono ai DP di documentare e valorizzare in maniera puntuale e oggettiva il lavoro svolto, a differenza di quanto avviene, ad esempio, negli ospedali con i DRG e mette a rischio il sistema di negoziazione delle risorse.

Sebbene alle attività di prevenzione concorrano attività proprie di diversi settori assistenziali del SSR (assistenza territoriale, prevenzione collettiva, assistenza ospedaliera), tuttavia sembra opportuno individuare una funzione di monitoraggio delle azioni adottate e sui loro effetti sulla salute della popolazione sia nell'Assessorato alla Sanità che nelle ASL. La funzione epidemiologica, che ha un approccio valutativo-quantitativo ai problemi di salute delle popolazioni, è quella che per vocazione culturale e operativa risulta idonea ad assolvere a questo compito.

L'Assessorato alla Sanità, con DGRC n. 994 del 28/7/2005, ha inoltre individuato, per le specifiche competenze tecniche e fermo restando le attribuzioni di tipo amministrativo degli uffici competenti, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale dell'Assessorato alla Sanità quale struttura di coordinamento per il PRP, per lo sviluppo dell'architettura del sistema informativo specifico e la valutazione di tutte le attività ricomprese nel Piano Regionale di Prevenzione.

Tale attività è da intendersi quale supporto tecnico-scientifico alle funzioni di indirizzo delle Aree Generali di Coordinamento della Programmazione e dell'Assistenza Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità.

Analogamente appare quindi opportuno, anche in accordo con la DGRC n.3900 del 2/8/2002 di attuazione del Sistema Integrato Regionale Epidemiologia e Prevenzione, che le funzioni di coordinamento e pianificazione delle azioni aziendali discendenti dal PRP e di valutazione delle stesse siano affidate ai DP Servizi di Epidemiologia e Prevenzione, integrandosi con quanto eventualmente già previsto precedentemente dal Piano Aziendale su materie specifiche, e siano condotte sotto il coordinamento dell'OER e in stretta collaborazione con le strutture operative responsabili dell'attuazione dei programmi. Per queste funzioni il DP Servizio di Epidemiologia e Prevenzione opera quale supporto tecnico-scientifico alla Direzione Strategica Aziendale in materia di prevenzione.

Decreto Regionale 22/3/2011 n. 22 Approvazione del PSR ai sensi del punto t) della delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010 - nelle attività di prevenzione riconosce ancora una volta, il ruolo strategico del DP. Il decreto attribuisce un nuovo ruolo al Dipartimento al fine di migliorare il sistema della Sanità Pubblica, a livello aziendale, garantendo sia l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute (pertanto sui rischi negli ambienti di vita e di lavoro e sicurezza alimentare) ma anche sui fattori determinanti la salute di una collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione.

Nella DGR 135/2012 "Approvazione atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania" si sottolinea che l'atto aziendale dovrà evidenziare le modalità di integrazione tra il distretto e le altre strutture operative dell'azienda Sanitaria: ospedale, Dipartimento di prevenzione, Dipartimento di salute mentale, il Dipartimento delle dipendenze e del Dipartimento integrato dell'emergenza, il coordinamento sociosanitario. Relativamente al rapporto distretto/dipartimenti ospedalieri, l'area dell'integrazione è rappresentata prioritariamente dalla definizione dei percorsi assistenziali ai fini della continuità assistenziale e della presa in carico. In questo ambito vanno definiti, tra l'altro, i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e per quanto attiene al rapporto distretto/DP, l'area di integrazione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari; a questo livello occorre definire le modalità di coordinamento tra il dipartimento – che detiene la responsabilità tecnica delle stesse – e il distretto che, con la sua organizzazione e i suoi operatori, in particolare gli MMG, le deve realizzare.

Emilia-Romagna

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- PSR 1999-2001.
- DGR 1/03/2000, n. 322.
- DGR 2011/2007 “Direttiva alle aziende sanitarie per l’adozione dell’atto aziendale, di cui all’art. 3, comma 4, della Legge Regionale 29/2004: indirizzi per l’organizzazione dei dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche e di sanità pubblica”.
- DGR 28/3/2011, n. 385 Requisiti specifici per l’accreditamento dei Dipartimenti di Sanità pubblica.

Il primo motore di cambiamento è stato il PSR 1999-2001.

In Emilia-Romagna il DP ha cambiato nome in Dipartimento di Sanità Pubblica ed è stata istituita una nuova area organizzativa denominata “Epidemiologia e comunicazione”.

Il PSR 1999-2001 ha introdotto nuovi concetti in materia di promozione della salute, di trasversalità delle azioni e degli obiettivi tra Enti e servizi, di attività per i Piani per la salute, individuando su tali temi il Dipartimento di Sanità Pubblica quale supporto professionale privilegiato per la Direzione delle Aziende sanitarie.

I servizi per la prevenzione delle malattie e per la tutela della salute delle persone e della collettività, nell’ambiente, nei luoghi di vita e di lavoro, in capo ai Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende Usl, sono parte dei LEA e riguardano:

- la sicurezza del lavoro e la tutela della salute dei lavoratori;
- la sicurezza degli alimenti (riguardo all’intera filiera produttiva, dalla produzione al consumo);
- la sanità animale;
- la profilassi delle malattie infettive e parassitarie per l’uomo e per gli animali;
- la sicurezza dell’acqua da bere, dell’acqua dei fiumi e del mare per la balneazione;
- i controlli sulle fonti d’inquinamento;
- la medicina dello sport e la promozione dell’attività fisica e sportiva;
- i programmi per la prevenzione dell’AIDS;
- i programmi di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie oncologiche;
- i programmi di vaccinazione.

I DP dell’Emilia-Romagna hanno cambiato la denominazione già con la DGR 1/3/2000, n. 322, sostituendolo con Dipartimento di Sanità Pubblica ritenuto più adeguato per una organizzazione che ha il compito non solo di prevenire la malattia ma in primo luogo di promuovere, proteggere e migliorare la salute e il benessere attraverso interventi che spesso trascendono i confini del sanitario e vanno a coinvolgere il settore civile.

I Dipartimenti di Sanità Pubblica, la cui organizzazione è stata ridefinita con la delibera 2011/2007 – “direttiva alle aziende sanitarie per l’adozione dell’atto aziendale, di cui all’art. 3, comma 4, della Legge Regionale 29/2004: indirizzi per l’organizzazione dei Dipartimenti di Cure Primarie, di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e di Sanità Pubblica”, garantiscono un approccio corale, che coinvolge professionisti diversi per dare risposte unitarie e tempestive ai problemi di salute espressi dai singoli e dalla collettività.

Sul piano organizzativo viene superato il dualismo fra aree dipartimentali e unità organizzative in quanto il dipartimento di sanità pubblica in analogia con gli altri dipartimenti in cui si articolano le ASL, è organizzato nelle seguenti unità operative a valenza aziendale, complesse o semplici in relazione alle caratteristiche del contesto locale:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e nutrizione;
- epidemiologia e comunicazione;
- medicina dello sport e promozione dell’attività fisica;
- prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- sicurezza impiantistica-antinfortunistica in ambienti di vita e di lavoro;
- sanità animale;

- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- igiene degli alimenti di origine animale.

L'atto regionale descrive il ruolo di committenza del Distretto, quello di gestione delle attività di produzione e assistenza dei Dipartimenti, i rapporti che devono intercorrere tra queste articolazioni organizzative. In particolare per il Dipartimento di Sanità Pubblica delinea una strategia di intervento che riprende e sviluppa i temi della promozione della salute adottati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, fornisce inoltre indicazioni precise per adeguare il modello organizzativo dei Dipartimenti di Sanità Pubblica alle nuove prospettive di lavoro.

Sul piano organizzativo viene superato il dualismo fra aree dipartimentali.

Si integrano con gli altri Dipartimenti territoriali (Dipartimento di cure primarie, Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche) e con i Dipartimenti ospedalieri per programmi interdipartimentali, come ad esempio, gli screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori, il controllo delle malattie infettive, il contrasto degli effetti delle disuguaglianze sulla salute. Per questi programmi è di supporto alle Direzioni sanitarie.

Si integrano anche con altri soggetti, al di fuori del mondo sanitario, che possono dare contributi per la difesa della salute.

I Piani di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale, strumenti di programmazione elaborati dagli Enti locali assieme alle ASL e ai soggetti della comunità locale che intendono dare contributi per il miglioramento della salute e del benessere dei singoli e delle comunità, sono previsti dal Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 e rappresentano la sintesi tra i Piani della salute e i Piani di zona.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica deve quindi contemperare esigenze di specializzazione, competenze professionali ed efficienza organizzativa, tipiche di un'organizzazione per strutture organizzative verticali, con esigenze di integrazione trasversale su programmi complessi, indispensabile per garantire coerenza complessiva e sinergie tra le diverse azioni. Ne consegue che il modello di organizzazione del Dipartimento non può che essere un modello articolato, a matrice, in cui la linea gestionale è quella verticale delle strutture organizzative, mentre le relazioni organizzative orizzontali sono funzionali, di coordinamento, e si sviluppano principalmente a livello distrettuale.

Friuli-Venezia Giulia

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- DGR 9/3/2001 n. 734, Legge Regionale n. 41/1993, articolo 3, comma 4. Piano di Intervento a Medio Termine (PIMT) per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria per il triennio 2000-2002 (PSR 2000-2002).
- DGR 2843 dd. 24/11/2006 PSSR 2006-2008.
- Legge Regionale 17/8/2004 n. 23 Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale.

La programmazione regionale nel PIMT 2000-2002 riconosceva al DP un ruolo di coordinatore e promotore, seppur non esclusivo, delle azioni della prevenzione, e di propulsore di comportamenti, individuali e collettivi, finalizzati ad una migliore tutela della qualità del vivere di tutti. Lo stesso Piano sottolineava come l'attività dei Dipartimenti dovesse orientarsi in maniera specifica al rilancio di una cultura preventiva e non di solo controllo e vigilanza.

Il DP garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;

- tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- raccordo e coordinamento delle attività integrate con i Dipartimenti provinciali dell'ARPA;
- medicina legale.

Il successivo PSSR 2006-2008, richiamando l'avvenuto cambiamento nel rapporto con i cittadini, promuoveva una programmazione elaborata localmente, espressione di una strategia mirante a promuovere la salute; se da un lato confermava al DP il ruolo di coordinamento e di direzione delle strategie di prevenzione collettiva, dall'altro sottolineava la necessità di un ampliamento di prospettiva e di una integrazione e della condivisione dei programmi con il Distretto, espressione dell'assistenza sanitaria primaria e snodo dell'integrazione sociosanitaria. Ciò era in linea, oltre che con la Legge Regionale 23/04, con le strategie in materia di sanità pubblica dell'U.E. (Programma di Azione Comunitari) e nazionali ("Linee guida per la prevenzione sanitaria e l'organizzazione del DP" adottate dalla Conferenza Stato Regioni il 25/7/2002, e PNP 2005-2009).

In questi ultimi anni è andata maturando, in seno ai DP della Regione, la consapevolezza che le attività di prevenzione, protezione, promozione della salute (volendo riassumere così le tipologie di attività svolte nei Dipartimenti) richiedono di essere aggiornate e rese adatte ai contesti in evoluzione, ma anche rafforzate quale momento trasversale nello sviluppo di tutte le politiche.

Si è andata rafforzando la consapevolezza che, affinché il prodotto finale erogato rispetti i criteri di efficacia ed efficienza, e risponda pienamente alle aspettative del cittadino, è necessario migliorare l'integrazione tra le singole unità operative del Dipartimento aumentando la coerenza delle procedure e dei processi con gli obiettivi di salute e tenendo conto dell'apporto di tutti i servizi, ciascuno in base alle proprie competenze, in un'ottica di multidisciplinarietà.

Questa coerenza interna deve trovare corrispondenza in una integrazione tra i 6 Dipartimenti o nell'ambito di area vasta, così da migliorare – attraverso la collaborazione tra professionisti appartenenti a realtà territoriali diverse – la qualità della risposta al cittadino (es. in termini di omogeneità e accessibilità). A tale scopo è stato realizzato un coordinamento stabile dei DP, curato dall'Area Prevenzione e promozione della salute della Direzione Centrale Salute, con l'obiettivo di mantenere aperto il confronto tra le strutture operative della prevenzione (dal 2010 partecipa anche l'ARPA), sono stati attivati tavoli di lavoro regionale su tematiche specifiche (alimenti, sicurezza sul lavoro, malattie infettive) e un tavolo regionale Promozione della Salute, formalizzato con decreto del Direttore Centrale, composto da esperti afferenti ai DP o in staff alla Direzioni Sanitarie o Generali delle ASL e rappresentanti di Federsanità ANCI, di Cefomed e della rete HPH, che hanno dato contributi anche in riferimento alla presente programmazione.

In particolare, dal coordinamento dei DP sono emerse le seguenti indicazioni:

- Le strutture esistenti (servizi dei DP) sono preparate ed esperte in attività di Protezione, ma per lavorare in Prevenzione e Promozione della salute si acquisisce maggior forza se si accolgono diversi soggetti, si creano alleanze e si costruiscono reti. Il modello organizzativo deve essere più funzionale ad un ruolo moderno del Dipartimento, potenziale ponte tra prevenzione e percorsi assistenziali, tra clinici specialisti e cure primarie, e con una funzione di integrazione con i soggetti esterni al sistema sanità. L'integrazione e l'alleanza va cercata in primo luogo con i Distretti, che hanno un ruolo importante nel rapporto con i medici di famiglia e con i sindaci del territorio svolgendo un'azione di facilitazione e con i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze.
- In alcune aziende sanitarie la Promozione della salute è ancora marginale rispetto alla protezione e prevenzione, oppure vi è un'organizzazione aziendale che non ne favorisce le potenzialità: è importante valorizzare la collaborazione tra i diversi servizi che condividono obiettivi di promozione della salute, definendo sulle priorità individuate programmi trasversali, completi di indicatori di monitoraggio e valutazione dei risultati, e indicandone chiaramente i responsabili. La programmazione deve comprendere interventi finalizzati a creare un ambiente di lavoro che favorisca la scelte di vita salutari (ospedale e servizi liberi dal fumo, mense aziendali, ecc.) ed essere affiancata da programmi di comunicazione efficaci. In particolare il ruolo della comunicazione di carattere sociale, che ha lo scopo di rendere consapevole il cittadino nelle scelte di salute, risulta di fondamentale sostegno alle altre politiche di promozione della salute. Tale iniziative devono far parte delle politiche di organizzazione delle Aziende Sanitarie che hanno

come mission la promozione della salute, perché l'informazione non strutturata, non è in grado di produrre cambiamenti di salute permanenti.

- Sia in prevenzione che in promozione della salute è necessario avviare e rafforzare forme di integrazione e di operatività intersettoriale instaurando intese e collaborazioni con gli enti locali, le imprese, le diverse associazioni di volontariato.
- Sono presenti in Regione differenze a volte importanti nelle modalità di organizzazione dell'offerta (vaccinazioni, screening) e nei livelli di performance: anche al fine di garantire equità nell'accesso a prevenzione e cura per i cittadini della Regione, la programmazione deve affrontare le differenze e porsi l'obiettivo di superarle, pur salvaguardando la possibilità di individuare aziende capofila per progettazioni in cui vi sia ancora un significato di sperimentazione metodologica.
- Le nuove linee di lavoro della prevenzione (incidenti stradali ecc.) necessitano di maggiori risorse e operatori dedicati: in un momento storico che non consente un incremento di risorse l'organizzazione deve modularsi su queste nuove esigenze; per cui la rete creata in Regione FVG tra i referenti regionali e aziendali del PRP va mantenuta e rafforzata.
- La programmazione in tema di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, rispetto alla quale intervengono vari stakeholder (sindacati, magistrati, associazioni) deve valorizzare maggiormente la promozione della salute nei luoghi di lavoro (alcol, fumo, incidenti stradali, ecc.).

Lazio

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- DGR 29/12/2010, n. 613 PRP 2010-2012.
- DCR 31/7/2002, n. 114 "PSR 2002-2004".
- DGR 19/4/1995, n. 3140 Direttive per l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende ospedaliere (art. 20 Legge Regionale n. 18 del 1994 e art. 20 Legge Regionale n. 19 del 1994).
- Decreto del Commissario *ad acta* 87/2009 PSR 2010-2012.
- Decreto del Commissario *ad acta* del 28/5/2013, n. 206 "Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio a seguito del recepimento degli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse dell'SSN ex art. 12 comma 1, lettera B Patto della Salute 2010-2012 elaborati dal Comitato LEA".

L'attività di prevenzione si è storicamente svolta nella Regione Lazio in un contesto caratterizzato da una non sempre puntuale definizione degli obiettivi di salute da perseguire e quindi anche delle risorse che il governo regionale destina al funzionamento dei servizi e allo svolgimento delle attività.

L'attività di prevenzione all'interno del SSR è un'attività svolta dai servizi del DP e per quanto di pertinenza, dai distretti delle ASL. La prevenzione è un'azione trasversale che deve coinvolgere ogni struttura sanitaria.

Il Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 28/5/2013, n. 206 "Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle ASL della Regione Lazio a seguito del recepimento degli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse dell'SSN ex art. 12 comma 1, lettera B Patto della Salute 2010-2012 elaborati dal Comitato LEA", nel deliberare le Linee guida per la redazione degli atti aziendali della Regione recepisce gli standard elaborati dal sottogruppo di lavoro del Comitato LEA del Ministero della Salute per l'individuazione delle strutture complesse (stabilite sulla base del numero dei posti letto per quanto riguarda le strutture complesse ospedaliere e sul numero degli abitanti per quelle non ospedaliere) e semplici. Il suddetto decreto stabilisce anche che per la configurazione del DSM e del DP, la cui istituzione è obbligatoria, siano sufficienti n.6 Unità Operative Complesse (UOC) e n. 6 unità Operative semplici (UOS).

Viene ribadito altresì in questo documento "che l'assetto organizzativo del DP è delineato dal DL.vo 502/1992 e dal DPCM 28/11/2001.

Il livello regionale ha cercato di potenziare gli interventi e le problematiche che sono alla base del funzionamento del “sistema di prevenzione. In base al PSR 2002-2004 doveva essere definito il modello organizzativo dei DP tenendo conto delle indicazioni normative del DL.vo 229/99 (per quanto riguarda le funzioni, la struttura, l’organizzazione del DP, connotandolo come dipartimento a struttura, dotato di autonomia). Quindi l’attività dei servizi dei DP si svolge secondo le indicazioni programmatiche nazionali e regionali che definiscono sia l’organizzazione, gli ambiti e gli obblighi operativi, sia gli obblighi dei soggetti cui l’attività di prevenzione si rivolge.

Pertanto, in base all’art. 7 quater DL.vo 502/1992 e successive modificazioni, e alla DGR 3140/1995 la Regione deve disciplinare l’articolazione dei servizi del Dipartimento, tenuto conto sia della struttura prevista nel citato articolo, che delle loro peculiarità operative. Il Piano ritiene opportuno definire i criteri generali della strutturazione dei Dipartimenti all’interno delle Aziende: quali funzioni e attività dislocare fisicamente e organizzativamente sul territorio, quali centralizzare, quali relazioni si devono stabilire tra operatività del Dipartimento e del Distretto al fine dell’ottimizzazione dell’attività di prevenzione.

Nel Lazio la struttura deputata al coordinamento della maggior parte dei programmi è la Regione, con il supporto tecnico dell’Agenzia di Sanità Pubblica. Alla luce della esperienza del precedente PRP si individua nelle ASL il livello di attuazione dei piani e dei Programmi. Le ASL, che saranno comunque coinvolte nella fase di programmazione, dovranno provvedere a tradurre in piani attuativi territoriali le linee programmatiche individuate e provvedere alla concreta attuazione delle stesse. Il DP è inoltre individuato quale struttura di coordinamento e di regia della programmazione e dello svolgimento delle attività, supportando la direzione aziendale nella individuazione delle articolazioni aziendali chiamate a partecipare alla attuazione dei piani.

Già nel PSR 2010-2012 viene sottolineata l’esigenza “che l’evoluzione sociale e culturale nonché la transizione demografica ed epidemiologica in atto implica un cambiamento di prospettiva, con il passaggio da una prevenzione somministrata ai cittadini ad una prevenzione condivisa e partecipata con la comunità”. Viene altresì evidenziato che i DP devono produrre il massimo sforzo di integrazione con le altre istituzioni e con gli altri settori del SSR, al fine di programmare interventi coordinati e complementari senza però ignorare “il ruolo tradizionale del DP che si concretizza nell’attività ispettivo-autorizzativa. In particolare, il dipartimento dovrà trovare nel distretto il luogo principale di integrazione e condivisione dei programmi, proprio perché il distretto è l’ambito dell’assistenza primaria ed è titolare delle relazioni con gli enti locali e con la comunità di riferimento. È necessario sviluppare e integrare le attività di promozione della salute con quelle di prevenzione, garantendo l’equità sociale degli interventi.

Liguria

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- Legge Regionale 7/12/2006 n. 41 Riordino del SSR art. 43.
- Delibera Assessorile Legislativa 28/2/2008 n. 8 Stralcio del Piano Socio Sanitario relativo alla rete di cura e assistenza. Accorpamento e nuova definizione di alcune ASL.
- DGR 30/09/2009, n. 22 PSSR 2009-2011.
- DGR 25/11/2011, n. 1440 Direttiva vincolante ex art. 8 comma 1 della l.r. 41/2006 e s.m.i. in materia di razionalizzazione delle strutture del DP delle ASL.

In tema di prevenzione collettiva la Regione attua il proprio modello di *governance*, assicurando le attività nel campo attraverso il Settore Prevenzione, Sanità Pubblica e Fasce Deboli; questo si occupa della promozione dei corretti stili di vita, promozione, protezione e tutela della salute e della sicurezza dei cittadini negli ambienti di vita e di lavoro tra cui la sicurezza alimentare, protezione dai rischi per la salute, anche di origine ambientale, e infine della difesa dalle malattie infettive e diffuse umane e altre animali. Tra i suoi compiti rientra l’attività di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo dei piani o documenti comunitari nelle materie di competenza in ottemperanza agli indirizzi del piano d’azione europeo per la sanità pubblica.

Le ASL individuano nel DP il modello ordinario di gestione delle attività proprie della prevenzione collettiva, identificandolo come la macrostruttura organizzativa aziendale, dotata di autonomia tecnico-professionale e gestionale, così come disciplinato dai diversi riferimenti normativi nazionali e regionali.

Il SSR è organizzato funzionalmente in reti, le attività di Prevenzione sono collocate in una delle quattro “reti verticali” (le altre sono Cronicità, Emergenza e Riabilitazione) e trovano intersezione con le numerose reti orizzontali proprie delle diverse discipline: oltre alla prevenzione collettiva, quindi, incrociano in particolare anche quella oncologica, in relazione agli screening, e delle patologie cardiovascolari e metaboliche (diabete).

Il PSSR prevede di articolare gli interventi di prevenzione e di promozione della salute in due diversi livelli:

1. le politiche per la salute, tese a evidenziare e a ordinare, secondo un livello appropriato e coerente di priorità e di fattibilità, i problemi reali di salute della comunità;
2. gli interventi di prevenzione vera e propria (primaria e secondaria), messi in atto per risolvere specifici problemi.

Con la Legge Regionale 7/12/2006 n. 41, all’ art. 43 viene evidenziato e riconosciuto che il DP è preposto alla tutela della salute collettiva. In particolare individua e rimuove i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro e persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità della vita. Si sottolinea, che ogni ASL definisce con atto regolamentare l’articolazione organizzativa del DP prevedendo modalità di integrazione e coordinamento con i Distretti sanitari e gli altri Dipartimenti aziendali.

Viene codificato, anche in Regione Liguria che l’articolazione organizzativa del DP prevede strutture organizzative dedicate a:

- igiene e sanità pubblica;
- sanità animale;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati.

Il PRP ha sviluppato nel PSSR 2009-2011 un innovativo modello di rete dotato di struttura funzionale a matrice con quattro reti verticali e orizzontali. La direttrice verticale rappresenta la dimensione all’interno della quale si sviluppano le 4 aree tematiche che costituiscono lo sfondo del Servizio sanitario pubblico: prevenzione, acuzie emergenza/urgenza, fragilità/cronicità e riabilitazione. La direttrice orizzontale sulla quale si sviluppano reti cliniche o percorsi diagnostici e terapeutici attraversa le 4 aree verticali sopra citate rappresentandone i momenti di connessione con riferimento alla dimensione programmatoria e organizzativa. Le attività di Prevenzione sono collocate in una delle quattro “reti verticali” (le altre sono Cronicità, Emergenza e Riabilitazione) e trovano intersezione con le numerose reti orizzontali proprie delle diverse discipline: oltre alla prevenzione collettiva, quindi, incrociano in particolare anche quella oncologica, in relazione agli screening, e delle patologie cardiovascolari e metaboliche (diabete) [tale assetto organizzativo/programmatico nasce dalla valorizzazione delle iniziative di prevenzione già in essere]. Dalle esperienze dei precedenti PRP 2005-2007 e proroga 2008 e programmazione 2009, si è ravvisata la necessità di rafforzare un modello nel quale il centro regionale svolge funzioni di programmazione e di sostegno ai progetti di prevenzione, grazie anche al continuo monitoraggio e miglioramento della comunicazione tra le diverse strutture; ne è scaturito, e dovrà essere ulteriormente rafforzato, un forte coordinamento tra le molteplici entità: Agenzia Sanitaria Regionale, DP delle ASL, Università e Scuola, INAIL, ISPESL, IPSEMA e mondo del lavoro, Enti locali.

Con una Delibera Assessorile del 28/2/2008 n. 8 Stralcio del piano sociosanitario relativo alla rete di cura e assistenza. Accorpamento e nuova definizione di alcune ASL – viene considerato essenziale operare la “modifica organizzativa e strutturale della rete di prevenzione, cura e assistenza nell’ottica di una maggiore integrazione del sistema socio-sanitario” attraverso il riequilibrio tra offerta ospedaliera e territorio e il ridisegno della rete dei presidi ospedalieri e la riduzione dei posti letto.

DGR 25/11/2011, 1440 direttiva vincolante ex art. 8 comma 1 della Legge Regionale 41/2006 e s.m.i.. In materia di razionalizzazione delle strutture del DP delle ASL.

Recentemente la Regione Liguria che con atto di assai dubbia legittimità ha soppresso i SIAN assegnandone le funzioni e i compiti in parte ai Servizi di Igiene Pubblica e in parte ai Servizi Veterinari, per mere ragioni economicistiche.

Lombardia

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- DCR 17/11/2010, n. 88 PSSR 2010-2014.
- DGR 29/12/2010, n. 1175 PRP 2010-2012.
- Legge Regionale 30/12/2009, n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità.
- Regole 2008 (DGR 5743/2007 – all. 4. Le attività di prevenzione medica e veterinaria).
- Regole 2009 (DGR 8501/2008 – all.5. Le attività di prevenzione mediche e veterinarie della ASL).
- Regole 2010 (DGR 10804/2009 – all. 5. Le attività di prevenzione mediche e veterinarie della ASL).

La Regione ha riconosciuto la prevenzione non come ambito a se stante, ma parte essenziale e qualificante delle attività del SSR, come linea di azione trasversale con valenza pari a diagnosi, cura riabilitazione. In tutti i più recenti documenti programmatori regionali è stato sempre evidenziato e riconosciuto il ruolo della prevenzione, in particolare sia negli atti di pianificazione generali della Regione (Programma Regionale di Sviluppo e Documento di programmazione economico-finanziario regionale), che in quelli specifici dell'area sanitaria (Piano Socio Sanitario 2010-2014, determinazioni annuali in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale).

La trasversalità e il coinvolgimento di altre forze negli interventi di prevenzione è un elemento qualificante dell'impostazione regionale: per dare maggiore peso, risonanza e ampiezza di ricaduta alle attività del SSR è necessario stimolare e accogliere il contributo di altri enti della pubblica amministrazione e di associazioni, portatori di interessi e gruppi di cittadini, individuando il terreno sul quale la collaborazione reciproca può valorizzare i rispettivi contributi e moltiplicare l'efficacia degli interventi di prevenzione.

A livello regionale, nell'ambito della DG sanità, alla realizzazione del Piano di Prevenzione collaborano le UO Governo della Prevenzione e tutela sanitaria con tutte le articolazioni organizzative; analogamente, a livello territoriale, all'interno delle ASL il Dipartimento di Prevenzione Medico, cui sono principalmente in capo le attività di prevenzione, opererà consolidando le collaborazioni con gli altri Dipartimenti della ASL, e conseguentemente con i soggetti del SSR presenti sul territorio: strutture sanitarie e socio-sanitarie, MMG, pediatri di famiglia e associazioni. Un ruolo specifico è riservato alle Università e alle Società scientifiche, chiamate a fornire supporto al percorso decisionale, basato sulla lettura della domanda di salute e sulle evidenze di efficacia dei programmi di prevenzioni, oltreché coinvolte in fase di progettazione, analisi e produzione dei risultati.

In questa logica è necessario innanzitutto ricordare che la Regione Lombardia è al centro del cosiddetto Sistema regionale definito dalla Legge Regionale 30/2006, che, oltre alle strutture amministrative regionali propriamente dette composte dalle Direzioni Generali, comprende enti e aziende, anche autonome, istituiti dalla Regione, gli enti del SSR e le società regionali.

Con la Legge Regionale 8 del 2/4/2007 sono state introdotte disposizioni in materia di semplificazione in sanità pubblica e veterinaria, attraverso l'eliminazione di atti, provvedimenti e pareri oramai superati e inefficaci, ed è stata avviata la revisione della impostazione delle attività di prevenzione; con la circolare n. 11/SAN/07 del 6/4/2007 sono state fornite le prime indicazioni operative di carattere sanitario per l'applicazione della citata Legge Regionale 8/07.

Nella DGR N. VIII/4799 del 30/5/2007 “Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. Collegato” – Attuazione art.6, comma 2” e Circolare n. 32/SAN/07 del 18/10/2007 “Indicazioni operative per la predisposizione e presentazione dei piani integrati delle attività di prevenzione e dei controlli ex DGR 4799/07” Disposizioni alle ASL per avviare la revisione delle attività di prevenzione e per impostare la loro pianificazione secondo la metodologia della analisi e graduazione di rischi, della trasversalità e dell'integrazione.

Varie indicazioni sono state reiterate dalla Regione in ogni anno di attività:

Regole 2008 (DGR 5743/2007 – all. 4. Le attività di prevenzione medica e veterinaria)

«Piani Triennali 2008-2010 delle attività di prevenzione e dei controlli» basato nel rispetto della autonomia organizzativa di ciascuna Azienda e delle diverse competenze specialistiche presenti, perseguendo l'integrazione sia tra Dipartimenti e Servizi interaziendali, che con Istituzioni e associazioni esterne, quantomeno nella fase della programmazione annuale delle attività, operano nella logica di rete.

Regole 2009 (DGR 8501/2008 – all. 5. Le attività di prevenzione mediche e veterinarie della ASL)

“Piano integrato per le attività di promozione della salute, prevenzione e controllo”, in coerenza col Documento “Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari” e con quanto indicato dagli specifici provvedimenti regionali, con evidenza di:

- analisi del contesto sotto il profilo epidemiologico e del territorio, con individuazione delle priorità di salute e indicazione delle relative motivazioni;
- attività da realizzare, (obiettivi da mantenere/incrementare);
- modalità di monitoraggio e rendicontazione delle predette attività.

DGR 4799/2007; Circolari n. 19/SAN/08 del 20/11/2008 “Linee guida per l’aggiornamento dei piani integrati di prevenzione e controllo annualità 2009 e indicazioni per la rilevazione dell’attività svolta nel 2008”; Circolare n. 21/SAN/08 del 03/12/2008 “Linee di indirizzo per l’aggiornamento dei piani integrati locali degli interventi di promozione della salute annualità 2009 e indicazioni per la rilevazione dell’attività svolta nel 2008”.

Regole 2010 (DGR 10804/2009 – all. 5. Le attività di prevenzione mediche e veterinarie della ASL)

- Aggiornamento dei Piani integrati di prevenzione e controllo annualità 2010 (Circolare n. 26/SAN/2009 del 30/11/2009).
- Predisposizione del Piano integrato di promozione della salute.

Entrambi facenti parte del documento di programmazione aziendale.

A partire dal 2010 è stato chiesto alle ASL di realizzare specifici interventi di comunicazione e informazione sugli attività di prevenzione svolte, evidenziando ove possibile i guadagni di salute ottenuti.

Nel 2011 è stata confermata l’impostazione nella programmazione delle attività di prevenzione e promozione della salute individuale e collettiva svolte dalle ASL, anche con il concorso di Istituzioni e associazioni esterne, in un’ottica di approccio integrato, facendo discendere le giugnoazioni in una logica di sistema, dal Programma Regionale di Sviluppo e dai contenuti del PSSR, garantendo coerenza con gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012.

Nel Piano di Prevenzione 2010-2012 – al par. 12.3.1 Promozione della salute, educazione a stili di vita migliori e prevenzione ambienti di vita. L’adozione di stili di vita e comportamenti favorevoli al benessere richiede un’adeguata informazione del cittadino e, insieme, opportunità e condizioni che facilitino scelte individuali improntate alla salute.

La Regione Lombardia ha quindi avviato un percorso comune coinvolgendo, oltre a rappresentanti delle diverse ASL e aziende Ospedaliere, anche rappresentanti di Istituzioni esterne al sistema sanitario (DD.GG. Famiglia e Solidarietà Sociale, Agricoltura, Giovani e Sport, Istruzione, Formazione e Lavoro, Commercio, Polizia Locale, Protezione Civile, Comunicazione, Qualità dell’Ambiente, Infrastrutture e mobilità locale) Universitari (Pavia, Milano, IULM), l’Ufficio Scolastico per la Lombardia e la LILT, sezione di Milano, nell’ ambito di un tavolo intedirezionale appositamente istituito. Commissione “Stili di vita sani” (DDG/SAN 2078/2006).

Marche

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- Legge Regionale 20/6/2003, n. 13 - “Riorganizzazione del SSR”.
- DGR 28/1/2004, n. 54 Linee-guida per l’adeguamento dei DP ai contenuti della Legge Regionale 20/6/2003, n. 13 e della Delibera Consiglio Regionale 30/6/2003, n. 97 (PSR 2003-2006).
- DGR 27/7/2004, n. 866 – Istituzione e organizzazione della rete epidemiologica della Regione Marche.
- DCR 31/7/2007, n. 62 – PSR 2007-2009.

- DGR 23/12/2010, n. 1856 – PRP 2010-2012.
- Legge Regionale 17/2011 – Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13 “Riorganizzazione del SSR”, della Legge Regionale 17/7/1996, n. 26 –”Riordino del SSR” e modifica della Legge Regionale 22/11/2010, n. 17.
- DGR 1287/2013 – Indirizzi all’Asur per l’adeguamento dei DP.
- DGR 16/12/2011, n. 38 – PSSR 2012-2014.

Nelle Marche l’assetto del SSR è definito dalla Legge Regionale 13/2003 “Riorganizzazione del SSR” attraverso la quale è stata istituita l’Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR). L’ASUR svolge, al livello centralizzato funzioni di governo unitario e omogeneo dei processi gestionali, secondo modalità definite dalla Giunta regionale delle Marche. L’ASUR è articolata in 13 Zone Territoriali che hanno compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari; è stato sperimentato un modello funzionale di Area vasta. Attualmente il modello organizzativo è in fase di revisione a seguito della Legge Regionale 17/2010 di modifica alla Legge Regionale 20/6/2003, n. 13.

In ogni Zona territoriale opera un DP, con un modello di riferimento stabilito dal DGR 54/2004.

La precedente normativa, e in particolare la Legge Regionale n. 26/1996 e le conseguenti linee-guida, hanno consolidato i DP nella organizzazione del SSR come una delle tre macroaree costitutive della ASL. Tale collocazione è conforme anche al più recente DL.vo n. 229/1999 ed è stata riaffermata dalla attuale Legge Regionale n. 13/2003 alla quale si sta dando applicazione. Le previsioni di tale ultima normativa determinano la necessità di definire il rapporto dei DP con le Zone e con la direzione Generale dell’ASUR.

I Dipartimenti sono di norma zonali, per cui il Direttore del Dipartimento si rapporta direttamente con il Direttore di Zona. In caso di Dipartimenti sovrazonali, il Direttore dell’ASUR, su proposta dei Direttori di Zona interessati, definirà l’amministrazione zonale di riferimento per la gestione della struttura. Nella fase transitoria prevista dall’art. 28 della legge n. 13/2003, tale decisione verrà adottata dal DSPC con le medesime modalità.

In questi anni le linee di indirizzo regionali (le DGR 54/04 e 866/04, il PSR 2007-2009) hanno garantito un percorso di sviluppo organizzativo coerente con quello della normativa nazionale e della legislazione regionale caratterizzata dai contenuti della Legge 13/2003. In particolare:

- è stato ottenuto un adeguamento strutturale nel territorio con la creazione di una rete regionale dei DP (uno ogni zona territoriale ASUR) e una sostanziale applicazione del DL.vo 229/99;
- è stata valorizzata la rete epidemiologica regionale;
- sono state mantenute funzioni di forte coordinamento tecnico regionale soprattutto tramite le strutture preposte del SSR;
- sono state mantenute e migliorate le sinergie del sistema con altre istituzioni quali INAIL e Direzione regionale del Lavoro per la prevenzione nei luoghi di lavoro, L’istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria Marche per l’area della veterinaria e alimenti, l’Ufficio Scolastico Regionale per l’area trasversale della promozione della salute, l’ARPA per le tematiche di prevenzione dei rischi sanitari di origine ambientale e la Protezione Civile Regionale per la gestione integrata di emergenza per la salute pubblica.
- Con la Legge Regionale 17/2011 è stata modificata l’organizzazione del SSR in particolare abolendo le 13 zone territoriali e istituendo 5 Aree vaste con i relativi DP. È stata poi emanata la DGR 1287/2013 che ha previsto l’adeguamento strutturale dei DP (nel rispetto dell’articolazione prevista dal DL.vo 502/1992), in ciascuna Area Vasta e la definizione dell’articolazione in relazione alla complessità del territorio di ciascuna area vasta., così come indicato anche nel nuovo PSSR 2012-2014. Accanto alle unità operative complesse l’ASUR assicura lo svolgimento “di funzioni di Epidemiologia, Promozione della Salute, Medicina dello Sport, coordinamento Screening nonché altre funzioni specialistiche di eccellenza, articolando al proprio interno la tipologia dei relativi incarichi.
- La Legge Regionale 11/2011, istituisce altresì la direzione tecnica per la prevenzione collettiva con l’obiettivo di rendere efficiente un sistema a rete dei DP, attraverso atti di programmazione generale, indirizzo e coordinamento delle strutture operative.

Molise

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- DCR 30/12/1996, n. 505 PSR 1997-1999.
- PSR 2008-2010 – DP.
- DCA del 26/9/2011, n. 80 - Piano Operativo 2011-2012.
- Delibera 21/4/2011, n. 328.

L'attuale organizzazione delle strutture regionali della Prevenzione scaturisce da quanto previsto dal PSR 1997-99 (approvato con Delibera del Consiglio regionale 30 dicembre 1996, n. 505), dalle Leggi Regionali 21/2/1997, n. 2, 14/5/1997, n. 11 e n. 12, che riorganizzavano il Servizio Sanitario Regionale ai sensi del DL.vo n. 502/1992 e s.m.i., e dalle Delibere di Giunta n. 1096 dell'8 aprile 1997 e n. 2012 dell'11/6/1997, con le quali, ai sensi dell'art. 17 della Legge Regionale n. 2/97, si emanavano direttive per l'articolazione organizzativa e funzionale dei DP.

Inizialmente i DP furono costituiti presso le ASL di Campobasso, Isernia e Termoli, mentre presso la ASL di Agnone fu costituita "un'area della Prevenzione" con a capo un coordinatore, unica figura con responsabilità di UOC.

La successiva riorganizzazione dell'area della Prevenzione ha interessato tanto la Regione che l'ASReM. A livello regionale si è arrivati, con l'ultima Delibera (n. 328 del 21/4/2011), di riassetto dell'apparato amministrativo regionale a istituire, nell'ambito della Direzione generale per la Salute, un unico Servizio della Prevenzione, Veterinaria e Sicurezza alimentare, con l'obiettivo, tra l'altro, di creare una struttura in grado di interloquire in maniera omogenea con gli altri soggetti del sistema sanitario, sia a "valle" (Dipartimento ASReM) che a "monte" (Commissione Salute). Allo stesso Servizio regionale è stato altresì assegnato il supporto tecnico-amministrativo dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), istituito, con DGR 30/8/2011, n. 711.

L'Atto aziendale ASReM licenziato nel 2010, in attuazione delle indicazioni del PSR conteneva la previsione di un Dipartimento unico, ma a seguito del blocco del suo iter per le osservazioni del Tavolo tecnico ministeriale, non ha avuto seguito.

È stato in ogni caso individuato, tra i titolari di UOC dei Dipartimenti delle ex ASL, un coordinatore unico ASReM dell'area della Prevenzione.

Alla data attuale risultano ricoperti i seguenti incarichi di UOC:

- Agnone: 1 UOC con titolare effettivo;
- Campobasso: 2 UOC con titolare effettivo, 3 UOC a Dirigenti F.F., 1 UOC con titolare ad interim;
- Isernia: 4 UOC con titolare effettivo, 2 UOC a Dirigenti con incarico a tempo determinato;
- Termoli: 5 UOC con titolare effettivo, 1 UOC vacante.

Alle UOC sopra elencate se ne è aggiunta una amministrativa istituita presso il Dipartimento di Isernia con un titolare effettivo: risultano pertanto assegnate a titolari effettivi 13 UOC in totale delle 20 nel tempo istituite.

Il Piano Operativo 2011-2012, approvato con DCA n. 80 del 26/9/2011, coerentemente con gli obiettivi della politica sanitaria regionale, prevede esplicitamente, tra i risultati programmati, la formale attivazione del DP unico.

Il DP dell'Azienda Sanitaria Regionale rappresenta la macro-struttura aziendale deputata all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nella macro-area della Prevenzione collettiva (Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro), come individuati dal DPCM 22/11/2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", e successive modifiche e integrazioni, di supporto alla Direzione generale e che partecipa alla programmazione aziendale. È organizzato sulla base dei principi definiti dalla normativa sanitaria vigente (DL.vo n. 502/1992 e s.m.i.) e degli obiettivi di razionalizzazione organizzativa e funzionale, nonché dei vincoli di contenimento e razionalizzazione della spesa, sottoscritti dalla Regione.

Alla luce del quadro sopra delineato, si elencano, di seguito, gli obiettivi sul piano organizzativo e gestionale:

- costituire il DP unico, con articolazioni a livello territoriale per organizzare l'offerta di servizi sanitari in funzione della effettiva domanda di prestazioni;

- attivare un sistema informativo per la prevenzione, riconducendo ad unitarietà i flussi informativi esistenti, articolando e distinguendo tra le informazioni necessarie al governo della prevenzione (la mappatura dei rischi e dei problemi di salute, la scelta delle priorità, le valutazioni di impatto) e quelle necessarie all'esercizio della prevenzione (la documentazione di attività);
- effettuare l'analisi della domanda di prestazioni e servizi sanitari nella prevenzione collettiva ai fini del corretto dimensionamento e articolazione del Dipartimento a livello territoriale e la quantificazione della dotazione organica;
- attivare gli sportelli unici della prevenzione per l'erogazione delle attività e delle prestazioni (sia comprese nei LEA sia a carico dell'utenza), da garantire ai cittadini, imprese, amministrazioni;
- garantire i livelli di sicurezza dei cittadini rispetto al rischio di origine alimentare e rispetto a quello rappresentato dalle zoonosi, attraverso una struttura in grado di intervenire su tutta la filiera alimentare, che fa capo al DP;
- implementare sistemi di monitoraggio dei principali rischi ambientali ed elaborazione di mappe di rischio ambientale, attraverso la promozione di progetti/programmi di miglioramento dell'ambiente e di riduzione dell'impatto sulla salute (attività di controllo su singoli impianti, rumore, inquinamento atmosferico, smaltimento dei rifiuti ecc.);
- sviluppare la capacità di gestione della "comunicazione" dei rischi sanitari e ambientali alla popolazione;
- migliorare l'azione di valutazione degli effetti sanitari degli interventi ambientali e delle politiche ambientali e sociali;
- acquisire la capacità di valutare l'efficacia e l'impatto degli interventi sanitari, in primo luogo di quelli di prevenzione.

In sintesi, l'organizzazione del DP dell'ASReM deve rispettare i seguenti principi generali:

- l'erogazione dei LEA della macro-area della Salute collettiva secondo standard di qualità elevati e uniformi sul territorio;
- il modello organizzativo dipartimentale;
- l'autonomia organizzativa e funzionale rispetto alle altre macro-aree in cui di erogazione dei LEA (ospedaliera e territoriale);
- il potenziamento della capacità operativa delle strutture della prevenzione collettiva, nella convinzione che questa scelta contribuisce, nel medio-lungo periodo, a diminuire la richiesta di salute (propria e impropria) che per vari motivi oggi grava, soprattutto in Molise, sugli ospedali, determinando anche una diminuzione dei costi della sanità;
- il coordinamento delle strutture organizzative del Dipartimento previste dal DL.vo n. 502/1992 (art. 7 – quater), opportunamente integrate da strutture tecnico-amministrative di supporto;
- la riduzione dei costi, attraverso la costituzione del DP unico, la riduzione delle UO complesse, la riallocazione delle risorse, sia umane che strumentali, funzionale alle effettive esigenze del territorio.

Dall'altro lato, trattandosi di una profonda rimodulazione del modello organizzativo attuale, occorre prevedere una fase transitoria per consentire il passaggio dall'attuale articolazione, retaggio dell'organizzazione in quattro Aziende territoriali, a quella proposta, garantendo nel contempo l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e gli obiettivi generali di salute fissati a livello nazionale e quelli previsti dal PSR.

Il modello organizzativo che si intende realizzare, è funzionale alla nuova struttura aziendale ASReM da una parte, ma mira soprattutto a garantire qualità, omogeneità ed efficienza nelle prestazioni su tutto il territorio regionale. Alla luce di quanto sopra esposto, la Direzione dell'ASReM istituisce il Dipartimento unico della Prevenzione, articolato nelle strutture organizzative previste all'art. 7 – quater del DL.vo n. 502/1992 per lo svolgimento delle funzioni indicate all'art. 7 – ter dello stesso decreto legislativo (vedi schema Appendice A):

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- sanità animale;
- igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Nell'ambito del Dipartimento unico della Prevenzione vengono attivate anche due Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale (UOSD), per quelle attività che richiedono una gestione unitaria a supporto del ruolo di programmazione e coordinamento, o a supporto dell'attività svolta sul territorio.

Una UOSD, "Servizi amministrativi e sottosistema informativo della Prevenzione", svolgerà tutte le funzioni di tipo amministrativo di supporto alle attività sanitarie, quali la gestione delle banche dati (sistema informativo della prevenzione, anagrafe zootecnica, anagrafe vaccinale informatizzata, anagrafe delle strutture sottoposte a vigilanza, gestione delle prestazioni medico-legali e fiscali ecc.), alla gestione del budget della prevenzione e il relativo controllo di gestione, alla gestione della invalidità civile. A questa UOSD faranno capo gli Sportelli della prevenzione, da attivare presso ciascun distretto come interfaccia con gli utenti (cittadini, imprese, amministrazioni).

La seconda UOSD, "Epidemiologia e comunicazione", rappresenta la struttura di epidemiologia dell'area della prevenzione, finalizzata al potenziamento della capacità operativa del Dipartimento unico della Prevenzione, che svolgerà anche le funzioni di raccordo con gli altri soggetti che faranno capo all'Osservatorio epidemiologico regionale, sia interni all'Azienda sanitaria (assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale), sia esterni (MMG e PLS, soggetti convenzionati, Istituto zooprofilattico Sperimentale, Agenzia regionale per l'Ambiente ecc.). Si tratta di funzioni che richiedono elevata capacità professionale di gestione, valutazione, studio, per garantire da un lato un'efficace programmazione (di breve come di lungo periodo), dall'altro l'individuazione di adeguate modalità di erogazione dei LEA (vedi anche le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 25/7/2002).

A fianco delle strutture organizzative sopra individuate, nell'ambito del DP o di singole UOC vanno individuate ulteriori funzioni organizzative per la gestione di problematiche specifiche che interessano il territorio e la popolazione regionale. La collocazione di questo ruolo di coordinamento all'interno delle strutture della Prevenzione si giustifica con la necessità di garantire un approccio che mira a fornire una gestione integrata e coordinata di queste problematiche partendo proprio dalle esigenze del territorio, interagendo attivamente con le comunità locali, promuovendo di iniziative di salute, rendendo il Servizio sanitario portatore e diffusore della cultura della prevenzione, in un ambito non solo pluridisciplinare all'interno del Servizio Sanitario ma in un'ottica globale, inter-istituzionale, secondo un modello organizzativo innovativo.

Si segnalano di seguito quelle tematiche più urgenti, alcune delle quali già individuate nel PSR, per le quali attivare funzioni organizzative dipartimentali, o anche UOS nell'ambito di una UOC:

- Medicina dello sport;
- Medicina legale;
- Servizio di impiantistica e antinfortunistica;
- Promozione degli stili di vita, assistenza e informazione nutrizionale (con riferimento, in particolare, a obesità, alcoolismo, tabagismo), coordinamento dei programmi di medicina preventiva e di screening di popolazione (colon-retto, mammella, cervice ecc.);
- Sicurezza Alimentare, con il compito di implementare il sistema del controllo ufficiale, con particolare riguardo alla valutazione del rischio e alla effettuazione degli audit negli stabilimenti agro-alimentari;
- Randagismo.

Si tratta di un elenco non esaustivo e l'opportunità di istituire dette funzioni andrà comunque verificata nella fase transitoria (vedi paragrafo successivo), durante la quale andrà condotta una rigorosa analisi della domanda di prestazioni e servizi sanitari che permetterà di dimensionare correttamente l'articolazione del Dipartimento a livello territoriale e la sua dotazione organica.

L'organizzazione proposta risponde ai criteri di funzionalità ed efficienza sopra richiamati, consentendo, tra l'altro, elasticità ai fini di una migliore allocazione delle risorse, in particolare del personale, in funzione delle effettive esigenze del territorio. Essa inoltre mira a meglio perseguire quegli obiettivi di carattere gestionale generale, di coordinamento e uniformità a livello territoriale delle attività, che vengono richiesti al sistema sanitario regionale. Facilita, inoltre, il rispetto degli impegni regionali assunti per il rientro economico-finanziario, attraverso, tra l'altro, la significativa riduzione del numero delle Unità operative complesse.

La riorganizzazione del Dipartimento così delineata, oltre gli atti formali di attivazione e di nomina dei responsabili, richiede una necessaria fase transitoria per il passaggio dall'assetto attuale a quello previsto a regime. Le ragioni si possono ricondurre a due ordini di motivazioni:

- garantire l'erogazione di prestazioni e servizi durante il passaggio ad un nuovo modello organizzativo che implica la trasformazione o la soppressione delle strutture operative esistenti, e la creazione di nuove strutture, oltre che una diversa articolazione territoriale delle stesse;
- l'attuale assetto dell'organico dei Dipartimenti è caratterizzato dalla sovrabbondanza di figure professionali in taluni settori, da carenza in altri, dalla presenza di figure professionali improprie.

Di conseguenza questa fase, comunque limitata nel tempo, si rende necessaria per raggiungere i seguenti obiettivi:

1. consentire, in primo luogo, la verifica della domanda di prestazioni e servizi sanitari, essenziale e propedeutica per i punti successivi;
2. modulare la dotazione organica del Dipartimento, quantificando il fabbisogno di personale sanitario, amministrativo e tecnico delle diverse aree funzionali, oltre che quantificare il reale fabbisogno in termini di tecnologie e bisogni formativi nei servizi;
3. favorire il ricambio e/o l'aggiornamento del personale;
4. definire l'articolazione funzionale e territoriale del Dipartimento, in funzione delle prestazioni e dei servizi sanitari da erogare.

La fase transitoria deve in ogni caso concludersi entro il 31/12/2012, per rispettare le scadenze e gli obiettivi previsti dal Piano Operativo 2011-2012 adottato con il citato DCA n. 80/2011. Entro quella data vanno portati a compimento gli obiettivi 1), 2), 4) e si darà avvio al raggiungimento dell'obiettivo 3) che, interessando anche il progressivo ricambio del personale, si protrarrà necessariamente per un lasso di tempo maggiore.

Questa fase deve consentire, inoltre, una verifica della effettiva capacità di intervento dei servizi della Prevenzione e della puntualità e congruità delle modalità di gestione dei flussi informativi tra ASReM, Regione e gli altri soggetti interessati (malattie infettive, IVG, piani di monitoraggio, vigilanza e ispezione, gestione banche dati e anagrafiche ecc.).

Sul piano organizzativo, come previsto anche dal Piano Operativo 2011-2012, questa fase verrà avviata con l'istituzione formale del Dipartimento unico di Prevenzione dell'ASReM con atto del Direttore generale (DG) dell'ASReM. Il DG provvederà anche alla nomina dei Direttori di UOC e, tra questi, del Direttore del Dipartimento unico di Prevenzione.

In questo scenario, si conferma il ruolo di governance assegnato al Nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo che, nello specifico, attraverso il Servizio regionale competente e la Direzione dell'ASReM, provvederà a condurre verifiche costanti dei risultati conseguiti, tanto nella modifica dell'organizzazione che dei risultati operativi (in particolare l'erogazione dei LEA), nonché al rilevamento dei dati per la ridefinizione dei carichi di lavoro a livello territoriale.

La gestione della fase transitoria sarà condotta d'intesa tra il Direttore del Dipartimento unico di Prevenzione, con il supporto del coordinatore medico e del coordinatore veterinario, la Direzione dell'ASReM e il competente Servizio regionale, che provvederanno, secondo procedure concordate:

- all'individuazione dei parametri e degli indici per la misurazione del fabbisogno di servizi e prestazioni sul territorio e la conseguente ridefinizione dei carichi di lavoro a livello territoriale;
- all'individuazione dei parametri e degli indici per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza di servizi e prestazioni erogate;
- a condurre verifiche trimestrali, nell'ambito dell'attività di controllo di gestione, dei risultati conseguiti tanto nella modifica dell'organizzazione e che dei risultati operativi (erogazione dei LEA);
- alla validazione e l'omogeneizzazione dei modelli gestionali e operativi.

Piemonte

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- DGR 17/10/2010, n. 37 1222 Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012.
- DGR 31/03/2009, n. 2-11152 Istituzione Coordinamento Regionale della Prevenzione.
- DGR 24/10/2007, n. 137-40212 Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009.

- DGR 16/12/2008, n. 10-10267 Linee di indirizzo regionali per l'avvio di una sperimentazione funzionale finalizzata al ri-orientamento più coerente, appropriato, efficace e socialmente produttivo della nuova Direzione Integrata della Prevenzione (fase sperimentale anno 2008-2009)".

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2007-2010, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 137-40212 del 24/10/2007, prevede che, per realizzare l'obiettivo della tutela e della promozione della salute, le attività di prevenzione e promozione dovranno essere potenziate e riorganizzate secondo modelli che consentano di identificare gli obiettivi di salute prioritari e di sviluppare interventi mirati dentro e fuori il sistema dei servizi socio-sanitari.

Il PSSR 2007-2010, in particolare, prevede che le attività di prevenzione realizzate nel servizio sanitario regionale dovranno essere tra loro maggiormente coordinate e ulteriormente potenziate e che, nelle aziende sanitarie e nei distretti socio-sanitari piemontesi, tutte le attività di prevenzione, realizzate in modo diretto oppure anche solo promosse, dovranno essere tra loro coordinate e ricondotte ad unità organizzativa e uniformità metodologica.

Il percorso di attuazione del PSSR 2007-2010, ha pertanto visto il mondo della prevenzione impegnato prima nella elaborazione e, successivamente, nella sperimentazione di un nuovo modello di prevenzione che punta all'affermazione di una nuova prevenzione. In particolare, al fine di favorire l'integrazione e il governo unitario della prevenzione consentendo l'adozione di un metodo basato sull'analisi dei problemi di salute, la scelta delle priorità, l'identificazione e attivazione di interventi efficaci, la valutazione dell'impatto degli interventi, la ridefinizione degli obiettivi, il PSSR 2007-2010 ha previsto la costituzione di una Direzione unica per la Prevenzione.

Con deliberazione n. 1-8611 del 16/4/2008, in sede di assegnazione alle ASR degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010, la Giunta regionale ha individuato e assegnato alle ASL, come specifico obiettivo di assistenza collettiva, l'attuazione di forme di coordinamento dell'attività di prevenzione propedeutiche alla definizione della Direzione Integrata della Prevenzione (DIP) e l'avvio della sperimentazione funzionale della stessa in aree sovrazonali, secondo le indicazioni formulate dalla Direzione Sanità.

Con DGR n. 10-10267 del 16/12/2008, sono state approvate le "Linee di indirizzo regionali per l'avvio di una sperimentazione funzionale finalizzata al ri-orientamento più coerente, appropriato, efficace e socialmente produttivo della nuova DIP (fase sperimentale anno 2008-2009)", che prevedevano l'avvio di una fase transitoria di sperimentazione della DIP. Il provvedimento citato proponeva un'ipotesi organizzativa della DIP rinviando ad un momento successivo alla conclusione della fase sperimentale la proposizione del modello organizzativo a regime e la definizione del regolamento di funzionamento e di coordinamento della rete della prevenzione.

Con successive deliberazioni n. 24-10835 del 23/2/2009, n. 2-11152 del 31/3/2009, n. 35-11957 del 4/8/2009 e n. 53-12700 del 30/11/2009 sono state individuate le ASL incaricate di attivare la fase transitoria di sperimentazione funzionale della DIP e sono state assegnate alle stesse attività e risorse, più precisamente: ASL TO1 (con mandato esplorativo nei confronti dell'ASL TO2 e delle Aziende Ospedaliere della Città di Torino), ASL TO3 (con mandato esplorativo nei confronti delle ASL TO5 e dell'AOU S. Luigi), ASL AT (con mandato esplorativo nei confronti dell'ASL AL e dell'AO S.S. Antonio e Biagio), ASL CN1 (con mandato esplorativo nei confronti delle ASL CN2 e AO S. Croce), ASL VC (con mandato esplorativo nei confronti delle ASL BI, VCO, NO e AOU Ospedale Maggiore).

Con deliberazione n. 2-11152 del 31/3/2009 veniva inoltre istituito il Coordinamento Regionale della Prevenzione nelle sue articolazioni: Assemblea dei Servizi di Prevenzione e Coordinamento Operativo Regionale per la Prevenzione (CORP), quest'ultimo con compiti di elaborazione della proposta di Piano Regionale della Prevenzione e di definizione di una proposta di modello organizzativo a regime della DIP.

Il PRP 2010-2012 elaborato dalla direzione Sanità in collaborazione con il CORP, rappresenta un vero e proprio punto di svolta per il sistema dei servizi sanitari del Piemonte. Si tratta di un piano strategico promosso dagli operatori della prevenzione nel tentativo di superare le divisioni e le frammentazioni che ancor oggi caratterizzano la pianificazione e l'organizzazione della prevenzione.

Il tentativo, certamente ambizioso, è quello di affrontare il tema della programmazione delle politiche e degli interventi di prevenzione con una visione unitaria che, partendo dall'analisi dei principali problemi

di salute, ne riconosca i principali determinanti e identifichi, accanto alle strategie di prevenzione primaria, anche il sistema delle alleanze sociali necessarie per promuovere la salute.

Il Piano è fondato sui principi ispiratori del PSSR 2007-2010, primo fra tutti, la salute in tutte le politiche, e si articola in poche componenti essenziali:

- *le priorità*: un insieme obiettivi di salute presentati in modo unitario che costituiranno la base per proporre alla collettività lo sviluppo di politiche di prevenzione e per ri-programmare l'attività dei servizi di prevenzione indirizzando l'azione soprattutto in direzione della prevenzione primaria;
- *gli strumenti*: la descrizione dei metodi e delle funzioni basilari di cui si avvale la prevenzione per realizzare le proprie azioni. Metodi e funzioni che hanno spesso visto nella nostra Regione realizzarsi esperienze di qualità, vere e proprie eccellenze che devono oggi diffondersi e, migliorando la qualità complessiva della offerta regionale, contribuire a sostenere e corrispondere le esigenze della domanda di prevenzione;
- *l'organizzazione*: la progettazione di una rete regionale dei servizi che contiene alcuni elementi di radicale innovazione. Il sistema avrà il suo fulcro nella funzione locale di governo che andrà ad integrare le attuali funzioni regionali di programmazione e sostegno.

Ne scaturisce una trama di relazioni di coordinamento tra le molteplici entità esistenti che prelude alla creazione di una rete regionale di servizi della prevenzione cui giungere, magari, attraverso qualche ulteriore passaggio di semplificazione e di snellimento.

Dal punto di vista dell'organizzazione della prevenzione, il Piano prende atto dell'avvio di una nuova architettura coordinata, a livello centrale, attraverso il "Coordinamento della Prevenzione" e, a livello locale, attraverso la "DIP". Il Piano, per quanto attiene all'organizzazione regionale della prevenzione aggiorna la rete dei Servizi di prevenzione e definisce le funzioni, i compiti e le modalità di funzionamento a regime del Coordinamento Regionale della Prevenzione nelle sue articolazioni: Assemblea dei Servizi di Prevenzione e Coordinamento Operativo Regionale per la Prevenzione. Con riferimento all'organizzazione locale della prevenzione il Piano ribadisce che per assicurare l'integrazione, il coordinamento e l'armonizzazione delle numerose attività di prevenzione assicurandone il governo unico è necessario procedere all'avvio della DIP a regime in ogni ASL.

Con deliberazione n. 24-10835 del 23/2/2009, la Giunta regionale stabiliva che la DIP, al termine della prima fase di sperimentazione, sarà attivata in tutte le ASL del Piemonte. Preso atto della conclusione della prima fase di sperimentazione della DIP, rilevata l'idoneità dell'organismo a consentire l'integrazione delle attività di prevenzione, più elevati livelli di efficienza e di efficacia nonché la riduzione delle disomogeneità di attività inter-ASL e il governo unitario della prevenzione, e valutati altresì i percorsi e i modelli organizzativi adottati dalle ASL sedi di sperimentazione, si ritiene opportuno, con il presente provvedimento, definire le funzioni e fornire alle Aziende indirizzi organizzativi necessari al fine dell'attivazione della DIP.

Lo scopo della DIP, come evidenziato nell'allegato PRP è quello di integrare, coordinare e armonizzare tra loro le numerose attività di prevenzione svolte nell'ambito del SSR, di assicurare le funzioni di "governo" unico della prevenzione favorendo l'incontro e l'integrazione dei soggetti interessati e superando le barriere fra servizi, gruppi professionali e disciplinari diversi. Pertanto la DIP, che deve lavorare in collaborazione con tutte le strutture sanitarie e non sanitarie dell'ASL di riferimento, assolve principalmente alle attività di seguito indicate:

- individuare obiettivi, competenze e risorse, secondo criteri di appropriatezza, riconducendo problemi e rischi a gerarchie di valori e priorità;
- garantire l'integrazione delle attività e competenze disciplinari, assicurando aggregazioni progettuali unitarie, evidenza di risultato, migliori relazioni con l'utenza;
- favorire l'adozione di procedimenti e metodi comuni, supportati da evidenze, allineati agli standard internazionali, recuperando efficacia ed efficienza;
- garantire la gestione integrata delle emergenze per rischi ambientali, chimico-fisici e infettivi attinenti alle materie mediche e veterinarie della prevenzione;
- sviluppare le attività di rete e di integrazione intra-ASL e tra le ASL;
- potenziare le attività di osservazione epidemiologica, di promozione della salute e assistenza alla costruzione dei Profili e Piani di Salute (PEPS), migliorando la comunicazione con la popolazione e gli enti e le organizzazioni che la rappresentano;

- promuovere il coordinamento con amministrazioni diverse da quella sanitaria per l'adozione di progetti comuni nel quadro delle politiche per la salute;
- promuovere il coordinamento Regione-ASL, sostenendo i progetti e contribuendo alle iniziative della programmazione centrale. A questo scopo i Direttori della Prevenzione sono parte del Coordinamento Regionale della Prevenzione;
- sviluppare, nell'ambito della *clinical governance*, gli strumenti di *governance* in sanità pubblica (efficacia, appropriatezza, valutazione di risultato, qualità).

Per quanto attiene al modello organizzativo cui dovranno far riferimento le ASL in sede di attivazione della DIP si ritiene che:

- la DIP, inserita nella rete dei Servizi della Prevenzione, dato il ruolo strategico e trasversale delle funzioni attribuite, dovrà esser costituita almeno come Struttura Complessa in staff alla Direzione Aziendale;
- la DIP dovrà lavorare in collaborazione con le Direzioni aziendali e di presidio, le Direzioni dei DP, i Distretti, i Consorzi socio-assistenziali, le amministrazioni locali e con tutte le strutture aziendali che contribuiscono direttamente e/o indirettamente allo svolgimento di attività di prevenzione;
- le funzioni di epidemiologia e promozione della salute, comunque strutturate, dovranno essere collocate in staff alla DIP;
- il direttore della DIP ha funzioni di coordinamento e indirizzo della pianificazione locale delle azioni necessarie alla realizzazione del PRP e ne segue l'attuazione in collaborazione con le strutture aziendali;
- le funzioni di direttore della DIP dovranno essere svolte in modo esclusivo laddove la complessità della funzione richiede tempo specificamente dedicato. Il livello di difficoltà della funzione è determinato essenzialmente dalla complessità del territorio di competenza (estensione territoriale, presenza di più presidi o Aziende Ospedaliere o strutture specialistiche, ecc.);
- il direttore della DIP dovrà essere componente del Collegio di Direzione e, nel caso di integrazione funzionale fra aziende sanitarie diverse, il direttore della DIP dovrà esser componente dei Collegi di Direzione delle aziende sanitarie oggetto di integrazione.

Al fine dell'attivazione delle DIP risulta necessario che i direttori generali delle ASL, entro 120 giorni dalla data dell'adozione del presente provvedimento, provvedano alle necessarie integrazioni dell'atto aziendale di cui all'articolo 3 del DL.vo 502/1992 e s.m.i..

Ritenuto altresì necessario, per esigenze di coordinamento delle attività di prevenzione facenti capo alle ASL della Città di Torino (ASL TO1 e ASL TO2), prevedere l'attivazione di un Dipartimento di prevenzione funzionale interaziendale, ai sensi di quanto previsto nella DGR n. 59-6349 del 5/7/2007, cui viene affidato lo svolgimento anche dei compiti della DIP precedentemente descritti. In particolare al DP interaziendale compete il completamento della ricognizione delle attività di prevenzione sul territorio della Città di Torino in ogni ambito aziendale (ASL e AO) e la definizione della proposta del Piano di prevenzione cittadino.

Puglia

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- Legge Regionale 19/9/2008, n. 23 Piano Regionale di Salute 2008-2010.
- Regolamento Regionale 13/2009 Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione.
- Legge Regionale 3/8/2006 n. 25 - art. 13 Principi e organizzazione del SSR.
- DGR 28/12/2010, n. 2994 Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012.
- Regolamento Regionale 18/12/2012, n. 30 Modifica e integrazione Regolamento Regionale 30/6/2009, n. 13 "Organizzazione del DP".

Il Piano della Salute Regionale 2008-2010, approvato con Legge Regionale 23/2008, ha previsto, per realizzare l'obiettivo della tutela e della prevenzione della salute, il potenziamento e la riorganizzazione delle attività di prevenzione secondo modelli che consentano di identificare gli obiettivi di salute prioritari

e di sviluppare interventi mirati. Il PSR 2008-2010, prevede che gli assi portanti del sistema di prevenzione siano rappresentati dalla corretta impostazione delle priorità, dall'integrazione delle strutture e dei servizi, dalla intersectorialità attraverso il coinvolgimento di attori anche al di fuori dello specifico "sanitario", per il potenziamento di attività di educazione alla salute e il raggiungimento della piena consapevolezza da parte dei cittadini dell'importanza dell'adesione alle campagne di prevenzione primaria e secondaria.

All'interno del SSR la tutela e la promozione della salute collettiva si declina nelle attività dei DP.

La promozione della salute viene perseguita individuando e potenziando i fattori di benessere, mentre la tutela della salute è ottenuta individuando e rimuovendo le cause e i fattori di malattia. Epidemiologia e prevenzione sono, dunque, le 2 componenti essenziali dell'attività dei Dipartimenti. Spetta ai DP affrontare i problemi sanitari a livello di popolazione applicando nella pratica i principi e i metodi della medicina preventiva.

Recentemente è intervenuto il Regolamento regionale 13/2009 di organizzazione del DP. Il DP è una struttura dipartimentale (disciplinata dall'art. 13 della Legge Regionale 3 agosto 2006 n. 25) dotata di autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato per centri di costo e di responsabilità ai sensi dell'art.7 del DL.vo n. 502/1992 e s.m.i..

Pur articolandosi in Unità Operative Complesse (UOC.), la cui distribuzione è definita in rapporto con le dimensioni e le caratteristiche orografiche del territorio, il DP realizza una integrazione delle attività delle stesse secondo i principi dei processi per obiettivi, della multidisciplinarietà delle azioni e della unireferenzialità per l'utenza.

Il DP è costituito da strutture operative, omogenee, affini e complementari che pur mantenendo la propria autonomia e le proprie responsabilità gestionali e professionali perseguono finalità comuni e sono tra loro interdipendenti.

In staff alla Direzione del DP sono istituite tre strutture semplici con funzioni tecnico-sanitarie:

1. Epidemiologia e flussi informativi;
2. Qualità, comunicazione, formazione, educazione sanitaria;
3. Servizio Tecnico della Prevenzione ai sensi dell'art. 34 della Legge Regionale n. 26/2006.

Il DP ha competenza nell'ambito territoriale della ASL coincidente con la provincia.

La direzione del DP è assicurata dal:

- Direttore del Dipartimento;
- Comitato di Direzione del Dipartimento.

Il DP è articolato in Aree Territoriali composte dalle Unità Operative Complesse di:

- Igiene e Sanità Pubblica (SISP);
- Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL);
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN);
- Sanità animale (SIAVAREAA);
- Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAVAREA B);
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAVAREA C).

Recentemente è intervenuto il Regolamento Regionale del 18/12/2012, n. 30 Modifica e integrazione Regolamento Regionale 30/6/2009, n. 13 "Organizzazione del DP" dove – tenendo conto della peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi, del radicamento territoriale dei servizi e della entità numerica della popolazione, delle caratteristiche orografiche del territorio, della viabilità e dei collegamenti – il territorio della ASL Bari è stato diviso in 3 Aree Territoriali, quello di Lecce in 2, quello della ASL Foggia è stato diviso in 2, quello di Taranto, Brindisi e BAT in 1 Area Territoriale.

Sardegna

Il riferimento normativo per la Regione è stato:

- DGR 30/12/2010, n. 47/24 PRP 2010-2012.

Nella Regione la situazione della prevenzione nelle ASL presentava diverse carenze. Alcune di queste erano legate ad una insufficiente programmazione di attività definite negli obiettivi e nei tempi, con conseguente tendenza ad operare con logiche contingenti, senza alcuna verifica di risultati.

In tal modo è stato integralmente e profondamente modificato l'assetto del vigente sistema regionale, sia sotto l'aspetto istituzionale che sotto quello organizzativo.

Il coordinamento attuato non consentiva di risolvere situazioni di conflittualità che inevitabilmente penalizzavano l'iniziativa degli operatori e la stessa immagine del servizio.

Per superare tali criticità è stato potenziato il livello aziendale con l'istituzione del DP quale strumento operativo attraverso il quale garantire la tutela della salute collettiva; mentre il livello Regionale per metterlo in condizioni di svolgere gli importanti compiti direzionali e di governo del sistema va indubbiamente rafforzato nelle competenze professionali e nell'organico.

Nella Regione i DP sono istituiti nel 2007 e si occupano dell'assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro. Questa comprende la profilassi contro le malattie infettive e parassitarie; la prevenzione dei rischi legati all'inquinamento ambientale e di quelli infortunistici e sanitari sui luoghi di lavoro; l'assistenza veterinaria; il controllo igienico degli alimenti e la prevenzione nutrizionale; i programmi di vaccinazione e di diagnosi precoce; le attività di medicina legale. Presidi e professionisti sanitari dispiegati su tutto il territorio regionale assicurano l'assistenza distrettuale. Vengono così assicurati: assistenza sanitaria di base (compresi i servizi di guardia medica e le emergenze sanitarie territoriali); l'assistenza farmaceutica a farmacie e pazienti; l'assistenza integrativa alimentare; l'assistenza specialistica ambulatoriale e quella protesica; l'assistenza ambulatoriale e domiciliare (comprese le attività di consultorio e l'assistenza di categorie a rischio); l'assistenza territoriale riservata ad anziani, disabili fisici e psichici, pazienti terminali, tossicodipendenti e sieropositivi; cure termali.

Gli indirizzi dell'atto aziendale dovranno inoltre prevedere l'istituzione e il funzionamento del Servizio di medicina legale presso le ASL. La funzione epidemiologica, tenuto conto dell'assetto organizzativo locale, dovrà essere attivata all'interno del Dipartimento, quale elemento costitutivo della rete regionale.

Esso svolge funzioni di programmazione, coordinamento e verifica delle attività svolte nei settori di intervento, di predisposizione di specifici piani di formazione, e di sviluppo di un valido sistema informativo, di coordinamento in caso di catastrofi o emergenza.

Perché il Sistema Prevenzione funzioni è importante dedicare attenzione alla buona riuscita, così come si è intrapreso con la nuova riorganizzazione, della costruzione di una rete epidemiologica in grado di assicurare una costante analisi dei bisogni e delle domande di salute.

Analogamente, con la costituzione delle Aziende Ospedaliere Universitarie di Cagliari e di Sassari anch'esse impegnate nella programmazione sanitaria della Regione, si è dato avvio ad ulteriori e specifiche collaborazioni, anche con l'intervento di tutti i portatori d'interesse, che hanno permesso, nella nuova programmazione del PRP 2010-2012, di tracciare un quadro più esaustivo e maggiormente aderente alle attività di prevenzione.

Sicilia

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- Circolare 21/3/2001, n. 1045 contenente le Linee guida del DP.
- Decreto Presidenziale 11 maggio 2000 PSR 2000-2002.
- DGR 28/12/2005, n. 636 Istituzione del Dipartimento di Prevenzione Medico e del Dipartimento di Prevenzione Veterinario.
- Decreto 1/3/2006 sperimentazione del Dipartimento di Prevenzione Medico e del Dipartimento di Prevenzione veterinario presso le Aziende Unità sanitarie locali della Regione.
- Legge Regionale 19/2008 riorganizzazione dei dipartimenti regionali.
- Legge Regionale 14/4/2009, n. 5. Norme per il riordino del SSR Servizio Sanitario Regionale.

Nel 2001 è stata approvata la circolare del 21/3/2001, n. 1045 contenente le Linee guida del DP che ha stabilito che le aree dipartimentali si articolano in servizi e strutture organizzative complesse in rapporto

all'omogeneità della disciplina di riferimento, operano quali centri di responsabilità dotati di autonomia tecnico funzionale e organizzativa, esplicitando altresì la collocazione istituzionale "missione" e obiettivi del DP. Il PSR 2000-2002 ribadisce che l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie.

Con tale assetto normativo la stessa circolare n. 1045 del 2001 ha esplicitato la collocazione istituzionale, la *mission* e gli obiettivi del DP. Il tipo di DP proposto tiene conto sia delle modifiche organizzative introdotte dal DL.vo 229/1999 che dei contenuti del PSR.

Il DP si configura come una delle tre articolazioni aziendali dell'azienda unità sanitaria locale insieme con distretto e presidio ospedaliero. Si rapporta quindi con l'organo di direzione dell'azienda unità sanitaria locale.

Il DP è la struttura operativa dell'Azienda Unità sanitaria locale che ha come missione il garantire la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione degli stati morbosi e delle disabilità, miglioramento della qualità di vita.

Tale funzione si esplica, inoltre, nei confronti degli enti locali e degli altri soggetti coinvolti, in particolare della conferenza dei sindaci, nella elaborazione della programmazione delle attività in collaborazione con gli altri soggetti coinvolti in particolare nelle aree relative alla descrizione epidemiologica dei rischi sanitari e dei fenomeni patologici, all'educazione alla salute, all'informazione, alla comunicazione del rischio.

Il DP è inoltre la struttura dell'Azienda Unità sanitaria locale preposta alle attività proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

Il DP promuove azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di rischio di nocività e di malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'Azienda Unità sanitaria locale e delle Aziende Ospedaliere prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività dell'Azienda Unità sanitaria locale, formulando proposte di intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

Il DP persegue gli obiettivi regionali di salute del PSR 2000-2002 con particolare riferimento dei punti: dal 5.1 al punto 5.4.12 e del punto 5.6.22; collabora altresì con gli altri dipartimenti e strutture per il raggiungimento degli obiettivi regionali di salute.

Con il Decreto del 1/3/2006, viene dato corso all'Istituzione del Dipartimento di Prevenzione Medico e del Dipartimento di Prevenzione Veterinario, in sostituzione del Dipartimento strutturale di Prevenzione. Nell'allegato A della DGR n. 636 del 28/12/2005, sono definiti i criteri e le linee guida per l'istituzione dei dipartimenti strutturali in questione, considerato che si reputa opportuno rinnovare sperimentalmente il dipartimento di prevenzione riorganizzandolo in due diverse strutturazioni che garantiscano le specificità dell'area medica da quella veterinaria nell'ottica dell'appropriatezza delle prestazioni. L'assetto organizzativo interno e le funzioni dei dipartimenti sono quelli previsti dalla Circolare del 31/3/2001, n. 1045 rispettivamente afferendo al dipartimento veterinario quelli già individuati come specifici della corrispondente area dipartimentale di sanità pubblica veterinaria e a quello medico quelli delle aree di igiene e sanità pubblica e di tutela della salute e sicurezza degli ambienti di lavoro.

La Regione Sicilia prevede inoltre il Dipartimento per le Attività Sanitarie e osservatorio Epidemiologico (DASOE). Il DASOE è stato istituito con Legge Regionale del 16/12/2008 n. 19 di riorganizzazione dei dipartimenti regionali, e costituisce insieme al Dipartimento per la Pianificazione strategica l'articolazione organizzativa dell'Assessorato Regionale della Sanità.

Al DASOE sono state attribuite competenze in materia di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione regionale e sulla performance delle ASL, programmazione e coordinamento delle attività trasfusionali, nonché di promozione della salute anche nei luoghi di lavoro - attraverso azioni mirate di prevenzione, di educazione e di vigilanza, obiettivi istituzionali da trarre attraverso appositi programmi di ricerca e approcci innovativi.

L'azione di sorveglianza istituzionale comprende, poi, il settore della sanità veterinaria, compresi i profili della sicurezza alimentare.

Nel disegno di riforma definito dalla legge regionale, il Dipartimento rappresenta, quindi, l'evoluzione organizzativa e di sistema delle competenze svolte nel precedente assetto dai soppressi Ispettorati regionali sanitario e veterinario e Dipartimento Osservatorio Epidemiologico e garantisce, attraverso il

processo di aggregazione dei compiti, la centralità del cittadino-paziente, in una visione multidimensionale, nelle attività proprie di tutte le strutture intermedie del Dipartimento, la cui azione è orientata al risultato finale del perseguimento delle migliori condizioni di assistenza alla popolazione.

Infatti, nell'ambito della prevenzione si collocano innumerevoli attività destinate al singolo cittadino o alla popolazione intesa nel suo complesso, tra cui importanza particolare riveste il controllo della filiera degli alimenti.

Toscana

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- Legge Regionale 40/2005 art. 67 - Disciplina del SSR di cui all'art. 21 co.2 lett. A.
- Legge Regionale 60/2008 che istituisce i Laboratori di sanità pubblica di area vasta.
- DCR 16/7/2008, n. 53 PSR 2008-2010.
- DGR 28/12/2010 n. 1176 – PRP 2010-2012.
- Legge Regionale 81/2012 Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla Legge Regionale 51/2009, alla 40/2005 e alla 8/2006.

Il DP delle Aziende Unità Sanitaria Locale (USL) è la struttura preposta alla tutela della salute collettiva e opera per rimuovere i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità della vita, di tutela medico legale delle persone con disabilità funzionali e in coerenza con gli obiettivi di salute e di benessere dei portatori di menomazioni.

Le funzioni del DP sono definite dall'articolo 67 della Legge Regionale n. 40/2005 – Disciplina del servizio sanitario regionale, di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a).

Queste strutture aziendali sono amministrate da un direttore e sono organizzate in settori, che svolgono le seguenti attività:

- igiene pubblica;
- alimenti e nutrizione;
- igiene degli alimenti di origine animale, sanità animale, igiene degli allevamenti e zootecnia;
- prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- medicina dello sport;
- medicina legale.

I settori aggregano le Unità Funzionali (UF) del Dipartimento, a ciascuno dei quali è preposto un responsabile; si tratta di strutture organizzative funzionali a carattere multiprofessionale che aggregano le funzioni operative della prevenzione individuate, ai sensi dell'articolo 58, dal PSR; a ciascuna delle unità funzionali è preposto un responsabile.

In ciascuna delle zone-distretto in cui è suddivisa l'Azienda USL, è attivata l'Area Funzionale della prevenzione (AF) che aggrega le unità funzionali zonali e le attività svolte in zona da quelle aziendali.

Presso il centro direzionale è costituito un comitato direttivo di dipartimento che assiste la direzione aziendale nella funzione di pianificazione strategica; è presieduto dal direttore del dipartimento ed è costituito dai responsabili dei settori costituiti, dai responsabili delle aree funzionali di zona distretto; nel caso di aziende unità sanitarie locali monozonali, il comitato direttivo è composto dai responsabili dei settori o, se non costituiti, dai responsabili delle unità funzionali; allo scopo di garantire il contributo delle varie professionalità presenti nel dipartimento il direttore generale, su proposta del direttore del dipartimento, individua ulteriori componenti del comitato direttivo di dipartimento.

A supporto dell'attività di prevenzione svolta dai dipartimenti si affianca quella dei Laboratori di Sanità Pubblica di Area Vasta (LSPAV), strutture organizzative, nate nel 2008 con la modifica alla Legge Regionale 40 (Legge Regionale 60/2008, art. 67, comma 3 bis).

Attualmente nel territorio regionale sono attivi i laboratori delle aziende unità sanitarie locali di Lucca, Firenze e Siena e si caratterizzano per un bacino di utenza sovraaziendale. Questi sono stati istituiti per l'individuazione e la determinazione del rischio biologico, chimico e fisico nell'ambito delle attività di prevenzione collettiva. I tre LSPAV costituiscono sul territorio regionale un servizio a rete che opera

secondo un unico sistema di gestione della qualità. È istituita la funzione regionale di coordinamento della rete dei LSPAV, al fine di assicurare le modalità operative di raccordo, nonché razionalizzare e programmare la ripartizione delle risorse, degli investimenti e delle attività. Nelle aziende unità sanitarie locali 2, 7 e 10, il direttore del LSPAV fa parte del comitato direttivo del DP.

Per favorire lo sviluppo a rete dei servizi di prevenzione collettiva e di elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale, è istituito presso la competente direzione generale della Giunta regionale un comitato tecnico dei direttori di dipartimento nominato dal direttore generale della medesima direzione e presieduto dal responsabile della competente struttura della direzione generale regionale; al comitato tecnico partecipano i direttori dei DP delle Aziende USL e i responsabili dei pertinenti settori della direzione generale regionale e il direttore del Laboratorio di Sanità Pubblica di area vasta titolare della funzione regionale di coordinamento della rete dei laboratori di area vasta.

Sono altresì costituiti, presso la competente direzione generale della Giunta regionale, tavoli di confronto, dette articolazioni tecniche, ai quali partecipano i responsabili dei settori regionali e i responsabili delle rispettive unità funzionali delle aziende unità sanitarie locali. Si tratta di una modalità di confronto nell'ambito delle seguenti attività:

- Igiene degli alimenti e della nutrizione (Ian);
- Igiene e sanità pubblica (Isp);
- Medicina dello sport;
- Medicina legale;
- Prevenzione igiene e sicurezza sul lavoro (Pissl);
- Sanità pubblica veterinaria (Spv).

È previsto altresì lo Sportello Unico delle Attività Produttive (SUAP). È la struttura attraverso la quale il DP dialoga con l'utenza. Nato da un progetto della Regione Toscana che si articola su due livelli tra loro integrati, uno periferico, gestito dai DP delle Aziende USL, l'altro regionale, gestito dai settori della Prevenzione Collettiva della Regione Toscana, prevede:

- a livello aziendale il miglioramento e la qualificazione del rapporto con l'utenza attraverso l'apertura di sportelli che, tramite operatori qualificati, forniscano una vasta gamma di servizi e diano risposte certe e tempestive riguardo a tutti i settori del DP;
- a livello regionale il miglioramento e la qualificazione dei rapporti con l'azienda unità sanitaria locale.

Nel PRP della Regione Toscana si evidenzia quale punto strategico il mantenimento e l'ulteriore sviluppo di una rete di strutture e istituzioni, mondo scientifico, volontariato e cittadini che collaborano alla realizzazione di progetti e programmi con obiettivi condivisi. Importante si rivela il raccordo dell'attività di prevenzione collettiva con Enti della Regione che hanno competenze utili alla tutela della salute collettiva (agenzie, università, Istituto zooprofilattico).

Con la Legge Regionale 81/2012 viene definito che in ciascuna Azienda USL il DP è la struttura preposta alla tutela della salute collettiva e vengono disciplinate le nuove competenze.

Il DP si articola nelle seguenti unità funzionali, a valenza aziendale:

- igiene pubblica e della nutrizione;
- sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;
- prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- medicina dello sport.

Il direttore del dipartimento negozia con la direzione aziendale il budget complessivo del DP e svolge in particolare i seguenti compiti:

- promuove lo sviluppo di progetti di collaborazione in ambito regionale con i Dipartimenti delle altre aziende, con la finalità di creare una rete regionale delle attività di prevenzione;
- promuove la definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori e quelli di comunicazione istituzionale;
- concorre per quanto di competenza alla definizione dei programmi di ed. alla salute;
- individua strumenti specifici per il controllo di gestione e per la verifica della qualità delle prestazioni in coerenza con quelli generali definiti dalla direzione aziendale;
- coordina le attività al fine di assicurare che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio dell'azienda;

- assicura l’attuazione uniforme sul territorio aziendale degli indirizzi contenuti nella programmazione regionale;
- garantisce forme coordinate di raccordo con le strutture territoriali dell’Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (ARPAT) e con le strutture territoriali dell’Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana.

I DP possono svolgere in forma associata talune prestazioni, secondo le modalità definite dai comitati di area vasta.

In particolare ai dipartimenti, eventualmente su scala sovraziendale, viene ricondotta la funzione di sorveglianza epidemiologica.

Le attività di carattere analitico inerenti la prevenzione collettiva sono svolte dalla struttura organizzativa denominata “laboratorio unico regionale di sanità pubblica” che si articola per sede unica o sede di area vasta.

Umbria

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- DGR 6/02/2012, n. 101 Applicazione delle linee di indirizzo sul riordino dei DP delle Aziende Sanitarie Umbre.
- Legge Regionale 18/2012, “Ordinamento del SSR.

I DP, la cui organizzazione sebbene determinata da quanto stabilito dall’articolo 7 del DL.vo n. 502/1992, in realtà è andata diversificandosi nelle quattro Aziende USL, senza che questo rispondesse a specifiche esigenze territoriali, rivelandosi talvolta inadeguata a rispondere da un lato alle necessità di miglioramento dell’efficienza, attraverso un recupero di risorse ottenibile con il potenziamento reale dei livelli di integrazione, dall’altra ai nuovi bisogni di salute.

Con la DGR n. 101 del 6/2/2012, sono state adottate le linee di indirizzo per il riordino del DP, macrostruttura organizzativa che eroga le prestazioni proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita dei singoli e della collettività, attraverso interventi che possono superare i confini del settore sanitario e coinvolgere l’intera società civile.

Il nuovo assetto organizzativo, a carattere prettamente funzionale è stato individuato con l’obiettivo di:

- recuperare risorse attraverso il potenziamento del livello di aggregazione tra servizi affini mediante la definizione di obiettivi comuni e integrati, agibili come risposte articolate a bisogni di salute complessi, non sempre adeguatamente espressi dalla collettività;
- favorire la azione di *governance* nei confronti del sistema delle diverse istituzioni e forze sociali, che svolgono la funzione di portatori di interesse rispetto ai principali determinanti di salute. In altri termini lo scopo di tale revisione organizzativa è quindi quello di far assumere al DP concretamente il ruolo di “cabina di regia” rispetto ai tutti quei processi che, essendo complessi, si realizzano attraverso la erogazione di prestazioni specialistiche a diversi livelli organizzativi del sistema, necessitando quindi obbligatoriamente di una fase programmatica che si deve accompagnare ad una attenta valutazione non solo dei risultati in termini di salute, ma anche e soprattutto di processo.

Il DP così come previsto nelle nuove linee guida individua solo quattro aree di intervento:

- la sanità pubblica;
- la prevenzione nei luoghi di lavoro;
- la sicurezza alimentare;
- la sanità pubblica veterinaria.

Nella Regione Umbria si è stabilito che la funzione di programmazione spetti al livello regionale che la attua attraverso il Tavolo permanente di coordinamento dei programmi di screening oncologici tenuto dal Servizio Prevenzione, Sanità Animale e Sicurezza Alimentare, mentre quella di gestione, descrivibile come la individuazione della popolazione bersaglio, la programmazione e la gestione degli inviti, il

rapporto con il secondo livello specialistico ecc., viene svolta dal livello aziendale attraverso i cosiddetti "centri screening". L'attività diagnostica e quella laboratoristica di patologia clinica comprende invece l'attività laboratoristica per la ricerca del sangue occulto e quella citologica per la lettura dei pap-test, che, anche in attuazione della delibera sopra richiamata, sono di fatto già accorpate presso il laboratorio di screening della azienda USL 2, nonché la attività diagnostica radiologica non invasiva di I livello effettuata nel territorio da radiologi senologi, non sempre dedicati esclusivamente allo screening mammografico. Al contrario l'attività istologica è attualmente svolta dai quattro servizi di Anatomia Patologica, ovviamente non dedicati. Infine la valutazione, sia di processo che epidemiologica, che attualmente viene svolta in ciascuna delle quattro aziende, sia pure con difficoltà, con il supporto del livello regionale.

Il nuovo assetto organizzativo, a carattere prettamente funzionale è stato individuato a seguito della Legge Regionale 18/2012, "Ordinamento del SSR", con l'obiettivo di recuperare risorse attraverso il potenziamento del livello di aggregazione tra servizi affini mediante la definizione di obiettivi comuni e integrati, agibili come risposte articolate a bisogni di salute complessi.

Il DP così come previsto nelle nuove linee guida individua solo quattro aree di intervento:

- la sanità pubblica;
- la prevenzione nei luoghi di lavoro;
- la sicurezza alimentare;
- la sanità pubblica veterinaria.

Valle d'Aosta

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- Legge Regionale 41/1995 Istituzione dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA) e creazione, nell'ambito dell'Unità Sanitaria Locale della Valle d'Aosta, del DP e dell'Unità operativa di microbiologia.
- Legge Regionale 20/6/2006, n. 13 PSSR 2006-2008 Approvazione del Piano regionale per la salute e il benessere sociale.
- Legge Regionale 25/10/2010, n. 34 PSSR 2011-2013 Approvazione del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013.

La programmazione sanitaria PSR 2006-2008 riserva una particolare attenzione all'area della prevenzione, ritenendola strategica dal punto di vista organizzativo e determinante dal punto di vista etico ai fini della tutela e della promozione della salute delle persone. Viene disciplinato il DP, caratterizzato da un particolare orientamento dei servizi ai bisogni di salute della popolazione. Si richiama la Legge Regionale 41/1995 con cui è stato disciplinato il Dipartimento nella programmazione regionale della Valle d'Aosta.

Recentemente il PSSR 2011-2013 – Approvazione del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013 – dedica particolare attenzione alla rinnovata organizzazione del DP, in vista della sua collocazione in una sede unica. Viene previsto un processo articolato che dilata la programmazione delle attività di prevenzione al di là dei confini delle attività tradizionali dei servizi del Dipartimento stesso, all'interno dell'organizzazione sanitaria regionale e all'esterno dell'area sanitaria, coinvolgendo altri settori dell'amministrazione regionale e altre articolazioni amministrative quali i comuni e le comunità montane. I programmi di prevenzione richiedono il pieno coinvolgimento di linee operative tradizionalmente collaterali ai servizi specializzati in prevenzione, quali gli MMG e i PLS, gli specialisti convenzionati e i medici ospedalieri, e la messa in campo, nella programmazione regionale, di leve incentivanti quali la concessione di crediti formativi e il patto aziendale.

Veneto

I riferimenti normativi per la Regione sono stati:

- Legge Regionale 56/1994 art. 23 relativa al riordino del SSR.
- DGR n. 6107/94 di approvazione dei criteri di funzionamento dei DP e dei suoi Servizi, della modalità di raccordo con i Distretti e con le altre strutture per la prevenzione operanti a livello locale, provinciale e regionale.
- DGR 3/8/2001, n. 2190 “Linee guida per l’organizzazione del DP delle Aziende Ulss del Veneto.
- DGR 29/11/2002, n. 3415 Linee guida per la predisposizione dell’Atto aziendale e per l’organizzazione del DP delle Aziende Ulss”.
- Legge Regionale 29/6/2012, n. 23 Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del PSSR 2012-2016.

La Regione con la legge regionale n. 56/1994 ha definito all’art. 23 il DP e le relative funzioni, e con la delibera n. 3415 del 2002 ha approvato le Linee guida per la predisposizione dell’Atto aziendale e per l’organizzazione del DP delle Aziende Ulss.

In particolare la delibera prevede che il DP sia la struttura tecnico funzionale preposta alla promozione della tutela della salute della popolazione. Sua missione è quindi garantire la tutela della salute collettiva e di fornire una risposta unitaria ed efficace alla domanda di salute della popolazione. L’assetto organizzativo si basa sull’articolazione in servizi ma deve comunque realizzare un’integrazione delle attività degli stessi secondo i principi dei processi per obiettivi, della interdisciplinarietà delle azioni, della unireferenzialità per l’utenza.

Tutti i DP sono articolati in Servizi, come prevedono le Linee guida regionali, in base alle indicazioni dell’art.7 *quater* del Decreto Legislativo n. 229/1999 il Dipartimento è articolato in Servizi:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione, igiene e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- sanità animale, igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e derivati;
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

In otto Ulss sono presenti anche i Servizi di medicina legale di cui 1 in staff alla Direzione Sanitaria, in quattro Dipartimenti sono presenti anche i Servizi di tutela della salute nelle attività sportive e in quattordici Dipartimenti sono presenti i Servizi di promozione della salute.

I DP sono il naturale riferimento istituzionale della Direzione Regionale Prevenzione, anche se non sono gli unici riferimenti istituzionali per quanto attiene alle iniziative di prevenzione e promozione della salute, come stabilisce in modo chiaro il documento ministeriale Guadagnare salute e lo stesso Piano nazionale prevenzione.

Recentemente con l’art. 6, comma 1, Legge Regionale 29/6/2012, n. 23 è stato rivisto il testo originario prevedendo che il DP è articolato almeno nei seguenti servizi:

- igiene e sanità pubblica;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- veterinario, di norma articolato distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell’igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, e dell’igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

È prevista la possibilità di istituire il Servizio con funzioni di medicina legale e necroscopica, il Servizio di promozione ed educazione della salute, e il Servizio tutela della salute nelle attività sportive.

PA di Trento

Il riferimento normativo per la PA è stato:

- DGP 14/01/2011 Piano Provinciale di Prevenzione 2010-2012.

Con la Legge Provinciale del 23/7/2010, n. 16, è stato istituito il DP dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, avente il compito di garantire la tutela della salute collettiva mediante azioni volte a perseguire obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita. A tal fine il DP è tenuto ad attuare gli interventi volti ad individuare, far conoscere e rimuovere le cause di rischio per la salute di origine ambientale, umana e animale. È disciplinato dall'art. 32 il DP svolge le seguenti attività, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela dai rischi sanitari connessi con l'inquinamento ambientale;
- c) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- d) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- e) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- f) sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori;
- g) sorveglianza e prevenzione primaria delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening;
- h) sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- i) valutazione medico-legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche;
- j) promozione e coordinamento di azioni di educazione alla salute;
- k) sorveglianza epidemiologica, tutela e promozione della salute degli immigrati e delle persone in situazione di emarginazione sociale, compresa un'adeguata informazione di tale utenza tramite strumenti di comunicazione efficaci.

Per svolgere i compiti indicati nel comma 2, lettere b), e) ed f), il DP collabora con l'Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente e l'Istituto Zooprofilattico territorialmente competente.

Il DP si articola su base distrettuale per lo svolgimento delle attività relative alla valutazione medico-legale degli stati di disabilità ai fini dell'articolo 21, comma 2. Il regolamento previsto dall'articolo 37 stabilisce le forme e le modalità di coordinamento dell'attività del DP con quelle del distretto sanitario e della direzione per l'integrazione socio-sanitaria.

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

- i profili di salute di comunità che, individuando insieme ai cittadini e alle amministrazioni locali (condivisione delle responsabilità) i fattori di rischio e i problemi sanitari più rilevanti per ambito territoriale, possono incidere, attraverso iniziative specifiche assunte in ambito locale, sul controllo dei determinanti della salute e sulla creazione di ambienti di vita e lavoro salutari;
- il consolidamento dei sistemi di sorveglianza già implementati: Sistema PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) per il monitoraggio dei comportamenti legati alla salute e dei programmi di prevenzione delle malattie croniche; l'indagine OKkio alla SALUTE (dedicata all'attività fisica e sovrappeso/obesità dei bambini in età scolare) e HBSC (rivolto agli stili di vita degli adolescenti);
- la continuazione delle azioni di sensibilizzazione per l'adozione di stili e comportamenti di vita sani per prevenire l'insorgere di patologie croniche e invalidanti o per contenerne gli effetti (alimentazione, attività fisica) e perfezionare i processi di valutazione degli esiti di tali attività;
- il perfezionamento dei programmi di prevenzione secondaria oncologica: screening di popolazione per il carcinoma alla mammella, all'utero e al colon-retto;
- l'adozione del Piano provinciale per la prevenzione per il periodo 2010-2012.

PA di Bolzano

Il riferimento normativo per la PA è stato:

- Legge Provinciale 13/5/2011, n. 3 Norme in materia di assistenza e beneficenza, di procedimento amministrativo, di superamento o eliminazione delle barriere architettoniche, di igiene e sanità e di edilizia agevolata.

La Legge Provinciale del 13/5/2011 n. 3 Norme in materia di assistenza e beneficenza, di procedimento amministrativo, di superamento o eliminazione delle barriere architettoniche, di igiene e sanità e di edilizia agevolata, prevede una modifica dell'art. 9 Legge Provinciale 5/3/2001, n. 7, "Riordinamento del Servizio sanitario provinciale", per il DP. È previsto presso l'ASP di Bolzano il DP, a cui fa capo un Comitato tecnico.

Il Dipartimento è così composto:

- Servizi di Igiene e sanità pubblica;
- Servizio di Medicina del lavoro;
- Servizio di Medicina dello sport;
- Servizio di Dietetica e nutrizione clinica;
- Servizio Pneumologico;
- Servizio Veterinario;
- Sezione di Medicina ambientale.

APPENDICE B
Ricognizione regionale
nelle aree di prevenzione
selezionate per lo studio

Regione Abruzzo

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

Nel Piano Sanitario Regionale (PSR) 2008-2010, richiamandosi agli obiettivi indicati dal Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 adottato (23/3/2005) dalla Conferenza Stato-Regioni, si evidenzia il seguente tema strategico di intervento:

«[...] Prevenzione cardiovascolare, diabete e obesità comprensiva di interventi (da potenziare) che puntano a migliorare comportamenti e stili di vita (riducendo così i fattori di rischio e agendo anche nelle prime epoche della vita) e di interventi che mirano a ridurre le complicanze e le recidive (in cui è fondamentale il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta) [...]».

Nel Piano si riportano i dati ISTAT 1999-2000, secondo i quali la Regione Abruzzo è ai primissimi posti a livello nazionale per la diffusione dell'eccesso ponderale. Tali dati trovano conferma in una ricerca condotta nel 2003 dal Centro regionale di Auxologia e Nutrizione pediatrica della ASL di Teramo, che su 1048 bambini della classe 3a elementare ha riscontrato in provincia di Teramo una percentuale di sovrappeso del 32% e di obesità del 7%.

Dal 2001, la Giunta Regionale, attraverso la Direttiva Regionale n. 400, rilevava la necessità di incrementare l'assistenza ai pazienti affetti dalle patologie nutrizionali emergenti (anoressia, bulimia, obesità) e di censire e coordinare i servizi di nutrizione esistenti (lavoro per larga parte ancora da realizzare). Inoltre sottolineava l'importanza della formazione ai fini dello sviluppo di una rete integrata di servizi nutrizionali nel territorio regionale.

Successivamente con il Progetto "Prevenzione dell'obesità nella Regione Abruzzo" gli operatori tecnici si sono proposti come finalità il contrasto del progressivo aumento dell'incidenza dell'obesità, con una strategia di approccio che prevedeva il coinvolgimento di molti settori, anche quelli che non avevano una responsabilità diretta sulla salute.

Con Legge Regionale n. 6/1998 si è ha istituito presso la ASL di Teramo il "Centro di fisiopatologia della nutrizione e dei disturbi del comportamento alimentare" (art.1) ed era stato identificato come punto di riferimento regionale per le problematiche della nutrizione alimentare (art. 4). A distanza di 10 anni dalla istituzione del centro, le esperienze maturate e le professionalità acquisite, hanno consentito ancora di individuare nella ASL di Teramo un "polo nutrizionale di riferimento regionale" in grado di avviare in tempi rapidi un percorso di rete assistenziale integrata e un processo di monitoraggio e di coordinamento su obesità e disturbi alimentari che inneschi lo sviluppo di una rete regionale omogenea e armonica.

La Scuola di Formazione Continua sulle Patologie Alimentari è stata istituita dalla ASL di Teramo (Delibera n. 430/2004), presso il Centro Regionale di Fisiopatologia della Nutrizione, struttura complessa del territorio (Delibera n. 1019/2006) che svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare ed è dotata, sia di una equipe multidisciplinare integrata, costituita da medici, psicologi e dietisti, sia di tecnologie idonee alla valutazione dello stato nutrizionale, del metabolismo basale e dello stile di vita.

La DGR 277/2006, in particolare, nel Piano di Prevenzione, ha previsto una iniziativa operativa per la prevenzione della popolazione nella Regione Abruzzo. La normativa sottolinea che l'obesità riveste un ruolo preminente nella causalità di molte malattie croniche, anche se non agisce di per sé, ma attraverso l'incremento dei fattori di rischio. Presume tutta una serie di strategie e indirizzi per quanto riguarda la prevenzione mirata su tutto il territorio regionale con la costituzione di una rete di servizi.

A superamento della Legge Regionale n. 6/1998 che ha avuto il merito di attivare un modello sperimentale, il nuovo PSR (Legge Regionale n. 5/2008) nell'ambito della creazione di una rete regionale per le patologie nutrizionali emergenti (disturbi del comportamento alimentare, obesità e malattie metaboliche, da grande spazio al problema della nutrizione e contiene capitoli significativi sulla prevenzione della obesità, sull'attenzione agli stili di vita e sulla continuità assistenziale.

Il concetto di fondo è quello della deospedalizzazione, cioè di come evitare che l'accesso all'ospedale sia l'unica risposta ai bisogni di salute della popolazione».

Secondo i professionisti del settore "i disturbi del comportamento alimentare rappresentano una vera emergenza sanitaria rispetto alla quale, in Abruzzo, si scontano ritardi di anni che questo nuovo PSR

contribuisce a colmare. Negli ultimi anni il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è notevolmente migliorato e oggi si dispone di varie terapie ambulatoriali, la cui efficacia è stata dimostrata da rigorosi studi controllati.

Il piano sanitario prevede alcune azioni regionali:

- Attivare presso l'ASR-Abruzzo un gruppo di lavoro regionale per la definizione della rete dei servizi per le patologie nutrizionali, che comprenda i responsabili dei CR di riferimento e gli specialisti nei settori della prevenzione, nutrizione, psicologia, psichiatria, pediatria, neuropsichiatria infantile, diabetologia, medicina interna, nonché gli MMG e i pediatri di famiglia.
- Supportare e facilitare la costruzione della rete regionale per l'assistenza ai DCA e alla obesità/malattie metaboliche.
- Sostenere un programma regionale di formazione per le patologie alimentari, identificando delle priorità sulla base delle esigenze specifiche per la costituzione della rete dei servizi nutrizionali.
- Promuovere la salute anche in termini di interventi integrati con le diverse agenzie che operano in questo campo (sanità pubblica, ARSA, sport, associazionismo, ecc.).
- Costruire un sistema informativo e di monitoraggio per obesità/malattie metaboliche e DCA che nel tempo permetta di migliorare la condotta assistenziale ai pazienti con obesità e disturbi del comportamento alimentare.

A tal fine vengono individuati all'interno dell'area "Sorveglianza e prevenzione nutrizionale" i seguenti programmi/attività:

- «[...] Sorveglianza nutrizionale;
- Interventi di prevenzione nutrizionale per favorire stili di vita sani.
- Educazione/counselling nutrizionale su gruppi a rischio.
- Interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale.
- Interventi sui servizi di refezione scolastica e di mensa nei posti di lavoro, per favorire scelte alimentari corrette.
- Valutazione e monitoraggio della qualità nutrizionale nella ristorazione collettiva con particolare riferimento alle mense scolastiche [...].»

In particolare si prevede di caratterizzare il Polo nutrizionale di Teramo su due centri specialistici:

- CR di Fisiopatologia della Nutrizione (CRFN) struttura territoriale, a valenza aziendale, che opera nel Presidio Sanitario di Giulianova e che ha sviluppato una modalità ambulatoriale, rivolta all'adulto, di accogliere il disagio nutrizionale in fase precoce (approccio psiconutrizionale contestuale e integrato) e di promuovere uno spazio di cura condiviso in cui si garantisce la continuità terapeutica. Il CRFN, grazie alla sua caratterizzazione extraospedaliera è una struttura di interfaccia tra ospedale e territorio, a supporto del medico di medicina generale e del medico del SIAN che favorisce la diagnosi precoce e la prevenzione di nuovi casi di disturbi alimentari, riducendo il rischio di cronicizzazioni e di recidive.
- Centro Regionale di Auxologia e Nutrizione Pediatrica (CRANP): Centro ospedaliero che opera attualmente presso il Presidio di Atri e che si avvale di un team multiprofessionale rivolto alla diagnosi e alla riabilitazione della patologia nutrizionale in età evolutiva, offrendo percorsi personalizzati e un modello organizzativo altamente strutturato, che integra funzionalmente tutte le tipologie assistenziali (ambulatorio, *day service*, *day hospital*, ricovero ordinario).

Inoltre è determinante che ogni azienda sanitaria identifichi i percorsi assistenziali che diano vita ad una rete di professionisti di diverse discipline che garantiscano strategie preventive e continuità terapeutica per le patologie nutrizionali e per le fasce di età assistite.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Secondo quanto previsto dal PSR 2008-2010, "Un sistema di garanzie per la salute", approvato con Legge Regionale 10/3/2008 n. 5, la Regione Abruzzo è caratterizzata da un numero consistente di anziani e conseguente presenza di cronicità, disabilità e non autosufficienza. In relazione a queste problematiche ha cercato di intervenire in questi ultimi anni con una serie di politiche sociali attive e per l'autonomia, per prevenire l'insorgere della non-autosufficienza. Le attività svolte hanno l'obiettivo di mantenere l'autosufficienza delle persone, ridurre il ricovero ospedaliero, evitare l'emarginazione e la cronicizzazione, ma soprattutto cercare di mantenere l'anziano nel contesto sociale in cui vive.

La Regione è intervenuta con la DGR 12/7/2010, n. 536 “Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010-2012” che prevede, per la prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza i seguenti progetti (punto 4.2.3):

- Progetto “Colori in movimento”. Prevenzione delle disabilità da stili di vita non salutari (alimentazione inadeguata e scarsa attività motoria) nella popolazione ultrasessantatreenne, compresi gli ospiti delle strutture per anziani (Case di riposo).
- Attivazione del “Sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra64enne PASSI d’Argento”, Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico - degenerative attraverso l’approfondimento di indicatori epidemiologici sull’impatto derivante dall’invecchiamento, dall’incremento delle disabilità esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte.

Queste indicazioni riprendono quanto era previsto nel Piano Sociale regionale 2007-2009, approvato con DCR 28/12/2006, n. 57/1, con l’indicazione di alcune scelte fondamentali per favorire l’invecchiamento attivo della popolazione e nel PSR.

In particolare la Regione assume, in coerenza con gli obiettivi contenuti nel PSR, i seguenti impegni strategici:

- sviluppo di azioni promozionali, informative e operative sugli “stili di vita”;
- prevenzione della fragilità con azioni coordinate e servizi di sorveglianza diffusi e pianificati;
- sviluppo di un sistema integrato dei servizi socio-sanitari attraverso il Fondo per la non autosufficienza.

In particolare il Piano rileva la necessità di potenziare la prevenzione, sia in forma primaria e secondaria, sia quella terziaria, per realizzare un sistema in grado di affrontare l’insieme degli stati/condizioni/malattie tipiche dell’invecchiamento.

Le indicazioni del Piano che favoriscono l’invecchiamento attivo sono:

- Implementare gli interventi di prevenzione, anche terziaria la prevenzione deve essere in grado di progettare dei percorsi di cura che siano in grado di ridurre il peso delle complicanze e in particolare della non autosufficienza. Ciò comporterebbe sicuramente anche un miglioramento dell’efficacia del sistema e un considerevole risparmio di spesa.
- Identificazione tempestiva delle persone a rischio esiste, infatti, una consistente quota di popolazione (soprattutto anziana e molto anziana) i cui problemi di salute sono conosciuti in ritardo dai servizi o non sono conosciuti affatto.

Definizione di un modello dei servizi territoriali fondati sulla presa in carico dei bisogni complessivi della persona, e non sistemi che mutuano l’approccio ospedaliero, anche tramite la definizione di Punti unici di accesso coordinati tra ambiti sociali e distretti.

Promozione attività fisica

Nel PSR 2008-2010 viene evidenziato che in Abruzzo, grazie all’impulso della Scuola di Specializzazione in Medicina della Sport della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Chieti-Pescara (tra le prime scuole create in Italia) e successivamente quella dell’Università de L’Aquila, si è sviluppata una tradizione culturale e professionale di cui godono moltissimi servizi pubblici e privati di medicina dello sport dell’intero Paese. Per la medicina dello sport si prevede, in ciascuna delle 4 ASL, l’istituzione del Servizio di “Tutela della Salute nelle attività sportive”, struttura semplice o complessa (in rapporto al volume delle attività svolte, alla complessità organizzativa e al bacini di utenza). In particolare viene sviluppata soprattutto prescrizione dell’attività motoria (sport-terapia) in relazione all’adozione di corretti stili di vita e la promozione all’attività motoria nella popolazione in generale

L’inattività fisica e il sovrappeso predispongono all’insorgenza di condizioni di rischio e manifestazioni cliniche precoci e di patologie croniche-degenerative. In considerazione dei preoccupanti dati ottenuti dalle attività di sorveglianza, la Regione Abruzzo ha inserito nel Piano Regionale di Prevenzione Sanitaria 2010-2012 all’Appendice A articolato del quadro strategico della Regione Abruzzo il Progetto “Incremento dell’attività fisica nella popolazione giovanile progetto Movimentiamoci”.

Regione Basilicata

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

A seguito della pianificazione nel settore nazionale e regionale in ogni ASL sono state avviate diverse iniziative:

- nell'ASP di Matera ambito territoriale ex ASL 4 di Matera l'Unità Operativa di Nutrizione Clinica e Dietetica ha implementato già nel 2007 le attività per la prevenzione di sovrappeso-obesità con corsi di aggiornamento rivolti a medici di famiglia (MMG e PLS in collaborazione con il centro studi e il servizio per la formazione dell'ASL) e con corsi di educazione alimentare;
- nell'ASP Potenza è stato attivato un Centro territoriale di prevenzione e terapia dell'obesità su proposta del DP-Unità Operativa di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione. Infatti la Regione e l'ex ASL 3 di Lagonegro hanno deciso di riconvertire parte del vecchio ospedale di Chiaromonte per dedicarvi un'ala, completamente ristrutturata e indipendente, alla cura dei disturbi del comportamento alimentare.

La Regione ha istituito a Chiaromonte (PZ) presso l'Azienda Sanitaria n. 3 di Lagonegro (PZ), attraverso il DP e nello specifico, tramite il SIAN (Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione) e attraverso il centro per la cura dei disturbi del comportamento il Centro pubblico per il Comportamento dei Disturbi Alimentari (DCA) e del Peso, che agisce in partenariato con quello già esistente di Todi, in Umbria.

Con Delibera 8/5/2006, n. 676 e successivamente quella del 4/5/2008, n. 293 si costituisce il centro DCA di Chiaromonte (PZ) e successivamente tale Centro viene individuato come Centro di Riferimento Regionale per la cura dei DCA.

Il Centro (secondo per importanza) si pone quale punto di riferimento dell'Italia Meridionale per un problema sociale di vaste dimensioni ed ha una dotazione di venti posti letto. È rivolto, in particolare, alla riabilitazione dei giovani affetti da disturbi del comportamento alimentare.

Il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso realizza all'interno della Regione Basilicata una rete di intervento assistenziale per i DCA, quale quella suggerita dalle indicazioni ministeriali, che rimanda all'idea di una vera e propria "presa in carico" del paziente e della sua famiglia.

Il Centro Lucano è stato concepito in termini interdisciplinari e integrati. Sono state previste figure professionali diverse, che collaborano sistematicamente tra loro: psicologi-psicoterapeuti, medici internisti, psichiatri, nutrizionisti, pediatri, endocrinologi, dietisti, educatori secondo un modello organizzativo-tecnico a rete dipartimentale di assistenza articolata in diversi livelli di trattamento, in modo da fornire ai pazienti e alle loro famiglie un percorso assistenziale coordinato e complessivo, valutando l'utilizzazione dei vari gradi di assistenza durante le diverse fasi della terapia.

L'Azienda USL N. 3 di Lagonegro, ha quindi ipotizzato e costruito una rete integrata per i DCA che prevede i seguenti livelli con un'equipe unica di intervento:

- Unità ambulatoriale;
- Unità semiresidenziale con attivazione di 10 posti letti e di day hospital;
- Servizi di degenza residenziale riabilitativa per una degenza di tre mesi con attivazione di 20 posti letto.

La costituzione di un'equipe unica multidisciplinare garantisce la reale presa in carico del paziente e l'accoglienza dei suoi familiari, offrendo al cittadino-utente affetto da DCA la possibilità di utilizzare in modo chiaro e accessibile un percorso assistenziale per ogni tipologia di trattamento.

La Regione Basilicata con la Legge 14/10/2008 n. 27 – "Istituzione di centri di educazione alimentare e benessere alla salute") ha istituito Centri di educazione alimentare e benessere alla salute. Essi hanno sede presso i Comuni della Regione e si avvalgono dell'assistenza tecnica delle AUSL territoriali con il coordinamento del Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale della Regione e del Centro regionale di educazione alimentare e benessere alla salute.

A mezzo di apposite convenzioni possono, inoltre, avvalersi della consulenza scientifica dell'Università degli Studi della Basilicata e di altri istituti scientifici. Al funzionamento dei centri comunali sono destinati appositi fondi regionali trasferiti ai Comuni.

In particolare nell'ultimo Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 (DCR 24/7/2012, n. 317) sottolinea l'importanza di una rete integrata ospedale-

territorio per la prevenzione e terapia dell'obesità con la previsione di una serie di interventi di prevenzione primaria e secondaria attuati dagli MMG e dai PLS ed eventuali invii alle strutture territoriali quali i SIAN dei DP.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, (che richiama alcuni interventi già previste dalla Legge Regionale 14/2/2007 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale" con l'adozione di strategie della promozione e della prevenzione della fragilità, servizi di assistenza domiciliare per anziani) prevede, per la protezione e la promozione della salute negli anziani, il seguente progetto regionale:

- "Protocollo di esercizio fisico e dieta per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia nell'anziano, ex DGR n. 1579 del 21/9/2010, con valutazione fisiatrica e nutrizionale e inserimento in percorsi riabilitativi personalizzati".

Per essere eleggibile i partecipanti devono presentare i seguenti requisiti:

- età > ai 70 anni;
- autonomia nelle ADI;
- svolgere una vita sedentaria o comunque non partecipare ad un programma di esercizio fisico definito come una attività di almeno 20 minuti o più almeno 2 volte la settimana nei precedenti sei mesi.

Il programma di esercizio proposto è sviluppato concordanza con le raccomandazioni Collegio Americano di Medicina dello Sport per lo sviluppo e il mantenimento della capacità aerobica e della forza muscolare. Il protocollo esercizio fisico presenta quattro livelli intervento:

1. esercizio aerobico;
2. esercizio contro resistenza;
3. programma di educazione all' esercizio fisico;
4. educazione a corretti stili di vita.

Il PSR 2012-2015, ha come obiettivi prioritari sia potenziare gli strumenti di supporto alle condizioni di fragilità e alla famiglia, ma anche implementare e qualificare la capacità di presa in carico delle Cure Domiciliari, secondo percorsi di innovazione e qualità, sia attivare la Medicina d'iniziativa e di prossimità che sappia intervenire, prima dell'evento acuto, nella prevenzione e nell'identificazione precoce dei soggetti a rischio, per svilupparsi tramite una serie di azioni mirate contro la disabilità da attuarsi da un lato con lo sviluppo di reti integrate con i settori specialistici e dall'altro con il pieno coinvolgimento della collettività.

Sono stati individuati alcuni indirizzi a favore della popolazione anziana:

- Estendere le coperture vaccinali negli anziani, con >75% di copertura per antinfluenzale e incremento della copertura per antipneumococcica negli anziani > 65 anni.
- Rafforzare il sistema epidemiologico (anche con sistema di sorveglianza PASSI), con dati relativi ad aree critiche di salute (morbosità, disabilità, mortalità, fattori di rischio della fragilità).
- Potenziare gli strumenti di supporto alle condizioni di fragilità e alla famiglia, ma anche implementare e qualificare la capacità di presa in carico delle Cure Domiciliari, secondo percorsi di innovazione e qualità.
- Ampliare la rete della residenzialità e modulazione in relazione ai bisogni assistenziali.
- Sistematizzare e omogeneizzare l'assistenza domiciliare sviluppando le *best practice* regionali e ampliare l'ambito dell'assistenza domiciliare in tutti i settori ed, in particolare, per gli anziani non autosufficienti, arrivare al 5% di copertura in ADI.
- Rafforzare il Distretto come luogo di governo della domanda, di garanzia dei LEA sociosanitari e di presa in carico dei bisogni complessivi, in particolare rispetto alle fragilità e ai soggetti non autosufficienti.

Altro progetto programma legato al PRP 2010-2012 riguarda la prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico. In particolare il progetto propone di rendere operativo l'Osservatorio regionale degli incidenti domestici previsto dalla Legge Regionale 15/2009, PRP 2005-2009.

Gli anziani di 65 anni e più, che subiscono oltre il 26% del totale degli incidenti domestici che vengono registrati, pagano un tributo che si mostra particolarmente gravoso sia per il soggetto singolo che

per la collettività in considerazione delle implicazioni sanitarie e socio-economiche che la disabilità temporanea o permanente comporta (oltre l'80% delle persone che in Italia ogni anno perdono la vita in un incidente domestico sono anziani ultra 64enni).

Da qui le seguenti fasi di attività:

- raccolta-elaborazione e analisi dei dati di mortalità per incidente domestico (eventi traumatici) nella popolazione di 65+ anni;
- raccolta-elaborazione e analisi dei dati di accesso ai servizi di PS e di ricovero per incidente domestico sia per quanto riguarda gli anziani (eventi traumatici) che per quanto riguarda la popolazione di 0-4 anni (traumi da caduta, inalazione di corpi estranei, avvelenamenti e ustioni);
- valutazione della percezione del rischio d'incidente domestico in anziani e genitori;
- realizzazione di incontri informativi;
- attivazione dell'Osservatorio regionale degli incidenti domestici (Legge Regionale n. 15/2009).

Fasi che si compongono delle attività riportate successivamente in schema, unitamente ad attori, portatori di interesse, gruppo e referente di progetto, beneficiari, cronoprogramma, budget e indicatori di processo ed esito.

Con la finalità di attivare un modello di sorveglianza attiva degli incidenti domestici che partendo dall'area pilota (città di Potenza), dove se ne verifica la fattibilità operativa e la sostenibilità economica, possa essere esteso nel tempo all'intera ASL di Potenza - ASP e successivamente all'intero territorio regionale in raccordo con l'Osservatorio di cui alla suddetta Legge Regionale e ottenere un'umentata consapevolezza del rischio a favore dei beneficiari insieme ad un'umentata sensibilità sociale sul fenomeno quindi una riduzione del 10% degli accessi al P.S., relativi ricoveri e conseguenze in termini di disabilità/mortalità a partire dal 2013.

Attori: Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale – Dipartimento di Prevenzione (UO di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica) – Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP – Ambito territoriale ex ASL2 di Potenza – Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza – PS – Servizio di Emergenza – Urgenza 118 – INAIL – Ufficio Scolastico Provinciale (per incontri informativi presso asili nido e scuole materne).

Promozione attività fisica

Un dato interessante, proveniente dallo Studio Argento, riguarda la percentuale di anziani che riferiscono di praticare attività fisica che è più bassa in Basilicata rispetto alle altre Regioni in studio sia per sesso che per età (44% vs 56%). Ciò espone soprattutto le donne in mancanza di questa attività preventiva ai maggiori effetti dell'osteoporosi e dei disturbi artrosici/artritici.

È ormai ampiamente documentata l'efficacia che una costante attività fisica, anche se di lieve intensità, ha nel proteggere le persone di ogni età verso patologie ad elevata incidenza nella popolazione. Praticare attività fisica aerobica, anche moderata, per 30 minuti al giorno e per cinque giorni alla settimana, ha finalità principalmente preventive; possono essere recuperate, consolidate e migliorate le funzioni che permettono il mantenimento di una completa autonomia e di una condizione di benessere psico-fisico. Una sana educazione motoria previene, ad ogni età, l'insorgenza di patologie quali: le malattie cardiovascolari, il diabete, le osteoartriti, l'osteoporosi. Nei bambini e negli adolescenti la pratica di un'attività sportiva migliora lo sviluppo muscolo-scheletrico.

In questi ultimi anni sono state previste una serie di attività volte a favorire lo sviluppo dell'attività fisica tra la popolazione anziana al fine di ritardare l'invecchiamento progressivo.

In particolare nell'ultimo Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 (DCR 24/7/2012, n. 317) prevede la nascita della rete regionale di medicina dello sport e dell'esercizio fisico che prevede una unità operativa dedicata e autonoma, istituita presso l'Azienda ospedaliera San Carlo, integrata con i servizi territoriali di medicina dello sport delle ASL, secondo uno schema organizzativo e funzionale che verrà definito con apposito atto di indirizzo e coordinamento della Regione.

Regione Calabria

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

La Calabria sta diventando una delle Regioni leader in Italia nell'ambito dei disturbi alimentari per quanto riguarda le persone obese. Il fenomeno è preponderante nell'Italia Meridionale ed è massimo in Calabria dove il dato si scosta di quasi due punti percentuali (1,8) dalla media nazionale nell'anno 1999. Ciò che appare più grave è che in Calabria esiste la più alta percentuale di bambini obesi o in sovrappeso di tutte le Regioni italiane con una percentuale pari al 27,2% contro una media nazionale del 24,2% e per contro vi è anche la più bassa percentuale d'Italia di persone che svolgono attività sportiva in modo continuato.

Il Piano Regionale per la Salute 2004-2006 della Regione Calabria riconosce il fenomeno dei disordini alimentari come uno dei problemi fondamentali da affrontare nell'ambito della prevenzione. Nel PSR 2004-2006, visto l'importante ruolo dell'educazione alimentare, «[...] diventa di primaria importanza far riscoprire l'arte di alimentarsi bene al fine di mantenere un soddisfacente stato di salute. [...]».

Si individuano, a tal proposito, specifici obiettivi da perseguire:

- riduzione del sovrappeso e dell'obesità con particolare attenzione alla riduzione dell'obesità infantile;
- utilizzo delle raccomandazioni nutrizionali relative agli introiti di carboidrati, grassi e proteine;
- giusto introito giornaliero di frutta e verdura, di fibre alimentari, sale, alcool;
- aumento dell'attività fisica, pari a 60-80 minuti di cammino al giorno;
- utilizzo delle Linee Guida nutrizionali dell'INRAN.

In rapporto a tali obiettivi, vengono indicate le seguenti azioni:

A tale scopo vengono individuate le seguenti azioni:

- «[...] incoraggiare lo sviluppo, la realizzazione e la valutazione di strategie rivolte ad una nutrizione sana e ad un incremento della attività motoria dei cittadini [...]»;
- individuare strategie per la nutrizione e per lo sviluppo della attività motoria che siano specifiche per ogni gruppo di popolazione, specialmente per i gruppi deboli e per i gruppi difficilmente raggiungibili;
- in ambito sanitario: formare gli operatori sanitari per aumentare la loro conoscenza e la loro capacità di promuovere iniziative locali, investire perché gli operatori sanitari partecipino ai programmi dedicati al controllo e alla modifica dei determinanti di salute;
- per quanto riguarda la scuola: inserire nei percorsi formativi nozioni relative alla nutrizione e alla attività motoria, integrare le mense scolastiche nel processo educativo, formare gli insegnanti, incentivare la scelta di alimenti sani, favorendo il coinvolgimento della famiglia e della comunità nel processo educativo per la nutrizione e l'attività fisica;
- per l'industria agro-alimentare: invitare a segnalare i vantaggi per la salute dei nuovi prodotti, ad esempio quelli a basso contenuto di grassi, indicandone le differenze rispetto agli alimenti tradizionali, in modo da attirare l'attenzione del pubblico;
- per il settore commerciale: incoraggiare la tendenza verso profili alimentari più salutari attraverso la struttura dei prezzi, la preparazione dei prodotti, le iniziative di etichettatura e collaborazione con il mondo sanitario;
- incoraggiare, al fine di favorire scelte corrette da parte del pubblico, l'etichettatura nutrizionale di tutti gli alimenti, che dichiara, in particolare, il contenuto di grassi totali con le frazioni di saturi, monoinsaturi, poliinsaturi e colesterolo e di sodio.

Il PSR 2004-2006 prevede inoltre l'istituzione presso la Facoltà di Medicina dell'Università Magna Grecia di Catanzaro, del Centro Regionale permanente per il monitoraggio dell'obesità e delle patologie ad essa correlata della popolazione calabrese.

Il Centro ha come compiti quelli di:

- formulare gli strumenti di rilevamento e attraverso la collaborazione delle strutture sanitarie territoriali;
- elaborare i dati al fine di pervenire a valutazioni epidemiologiche in collaborazione con la competente struttura del Dipartimento di Sanità, premessa per la elaborazione di atti di indirizzo per intervenire mirati di diagnosi e cura.

L'organizzazione e il funzionamento del Centro è demandata all'Università; la Giunta Regionale annualmente destinerà le somme necessarie al funzionamento del suddetto Centro.

La Regione Calabria, in adesione al Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), ha adottato il "Progetto di Prevenzione del Sovrappeso e dell'Obesità Infantile" approvato con DGR n. 314/2006.

Obiettivo del Piano Regionale per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità infantile è quello di conoscere lo stato nutrizionale della popolazione in età infantile 8-14 anni e promuovere l'allattamento al seno come misura di prevenzione dell'obesità infantile. A tal proposito è necessario coinvolgere gli attori principali della prevenzione e della sorveglianza a cominciare da tutte le Unità Operative di igiene della Nutrizione dei SIAN dei DP delle ASL per attivare programmi di comunità orientati agli stili di vita per prevenire il sovrappeso e l'obesità come indispensabile integrazione alla strategia individuale. In ciò non dimenticando gli MMG e i PLS, gli operatori dei Distretti e in particolare dei Consulenti familiari per la promozione dell'allattamento al seno e di tutte le altre figure indispensabili alla buona riuscita del progetto (mondo della scuola, mondo del volontariato, specialisti in Nutrizione Clinica e Diabetologia dietologi, dietisti, psicologi ecc.) tutto nell'ottica di rafforzare la sorveglianza epidemiologica su obesità e sovrappeso, pattern nutrizionali e attività fisica sulla popolazione regionale in età infantile e di diffondere presso il personale sanitario dell'assistenza primaria e della specialistica di riferimento le competenze per la gestione dello stesso sovrappeso e obesità in termini di terapia educativa per gli stili di vita, di aderenza alla terapia nutrizionale e farmacologica quando appropriata e di monitoraggio del rischio nel tempo.

Nell'ottica di perseguire il coinvolgimento e l'integrazione, nel detto progetto, delle ASL della Regione e di tutti gli altri Enti e istituzioni che, a vario titolo, sono coinvolti nel stesso e al fine di realizzare interventi intersettoriali e multidisciplinari, la Regione, con Decreto Dirigenziale n. 15840 del 27/11/2006, ha costituito un Comitato Regionale di Coordinamento per la prevenzione dell'obesità, nel quale sono state rappresentate sia le Istituzioni, le Aziende Sanitarie, Scuola e Università, sia il mondo dell'Associazionismo.

Prevenzione della disabilità degli anziani

La Regione è attualmente in Piano di rientro, che la impegna a realizzare un incisivo programma di razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera, di riordino dell'emergenza urgenza e rete territoriale. A tal fine è stata approvata, con DPGR n. 18 del 22/10/2010, la ridefinizione delle tre reti di assistenza, che comporta un nuovo e diverso equilibrio tra ospedale e territorio.

In quest'ambito si prevede di potenziare l'assistenza territoriale e di valorizzare le potenzialità e le risorse del territorio a partire dalla presenza di una famiglia ancora "forte", di una longevità rilevante con presenza di popolazione ultranoventenne in buone condizioni di salute.

Negli atti programmatici generali la Regione ha previsto, nel PSR, una politica per la terza età da implementare attraverso un sistema coordinato fra Regione, Enti locali e altre istituzioni pubbliche e private presenti sul territorio, integrato con la rete dei servizi sociali locali. Un sistema non solo riferito all'assistenza sanitaria e ospedaliera, ma attento soprattutto sulla sfera psico-fisica di persone che hanno ancora bisogno di mantenersi attive, di sentirsi ed essere utili alla società.

Il rischio di malattia e disabilità con perdita di autonomia e isolamento sociale dai 65 anni in poi cresce progressivamente (alcuni studi su questo problema sono in corso nella facoltà di Medicina di Catanzaro).

Per gli aspetti di programmazione generale, si rileva che già il Piano Regionale per la Salute 2004-2006 (Legge Regionale 19/3/2004, n. 11) promuove una politica per la salute degli anziani finalizzata a prevenire lo stato di non autosufficienza e a permettergli una vecchiaia serena nel proprio ambiente di vita, coinvolgendo nuovi soggetti, razionalizzando l'uso delle risorse impiegate e riqualificando i servizi esistenti.

Il Piano prevede altresì la necessità di recuperare il ruolo attivo nella società dell'anziano come fonte di memoria, saggezza capacità di ridefinire le priorità dei valori implica la valorizzazione di apporti in termini di creazione di sinergie e collaborazioni tra servizi, reti familiari, associazioni di volontariato operanti sul territorio secondo principi di solidarietà inter e intra generazionale.

Gli obiettivi sono: sostegno alle famiglie con anziani non autosufficienti bisognosi di assistenza a domicilio, valorizzando le azioni di prevenzione; diversificazione e innovazione dell'offerta di servizi e

interventi integrati, garantendo l'universalità ed equità di accesso ai servizi (l'appropriatezza e personalizzazione dell'offerta rispetto ai bisogni).

Nel PRP 2010-2012 sono previsti i seguenti progetti per la prevenzione e la tutela della popolazione anziana:

- *La protezione e la promozione della salute negli anziani: risorsa potenziale per la collettività. È un progetto attivato presso la Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro e rivolto a persone >65 anni, con i seguenti obiettivi:*
 - Sviluppare interventi e azioni sociali e sanitarie in grado di aumentare gli anni in buona salute degli anziani e di prevenire le disabilità che creano la non autosufficienza;
 - favorire stili di vita salutari, una alimentazione equilibrata, un corretto uso dei farmaci, una adeguata attività fisica e soprattutto una socialità vera che superi gli stati di solitudine della popolazione anziana della provincia di Catanzaro. Riduzione della mortalità e dei ricoveri da eventi traumatici;
 - miglioramento della qualità della vita.

Il progetto prevede di:

- sviluppare un percorso condiviso sui temi della promozione di stili di vita sani e della socialità dell'anziano assieme all'Assessorato provinciale alle Politiche Sociali e Sanitarie, all'ASP, ai Comuni e con le Associazioni presenti sul territorio;
 - attivare Centri di ascolto con le associazioni dove l'anziano o le persone che hanno contatti con persone anziane (familiare, vicino, amico, ecc.) possono rivolgersi per molteplici problematiche (assistenza domiciliare, aiuto domestico, solitudine, problemi fisici, informazioni su iniziative culturali, ricreative, sportive, indicazioni di vario tipo, ecc.);
 - attivare gruppi di lavoro misti sulle tematiche: Solitudine e socialità; Stili di vita; Alimentazione sana; Adeguata attività fisica; Corretto uso dei farmaci.
- *Messa a regime nella Regione Calabria di un sistema di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana in particolare con disabilità e sulla qualità degli interventi assistenziali e socio assistenziali.*

La sorveglianza sulla popolazione anziana prevede la realizzazione di indagini periodiche della durata di circa 3 mesi. La popolazione in studio sarà costituita dalle persone di età superiore ai 64 anni. Utilizzando le liste anagrafiche sanitarie regionali, verrà estratto un campione della popolazione anziana della Regione con rappresentatività di ASL. Per la raccolta dei dati sarà utilizzato un questionario standardizzato, messo a punto con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità, tenendo conto di quanto previsto dal progetto PASSI D'ARGENTO.

- *Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione e il monitoraggio delle persone non autosufficienti.*

Il progetto prevede la creazione di un sistema informativo sulla prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza, e in particolare che consenta la raccolta e l'accesso alle informazioni relative alla assistenza residenziale e semiresidenziale e all'ADI al fine di migliorare e potenziare gli interventi sanitari e sociali nei pazienti non auto sufficienti.

- *Prevenzione cadute popolazione anziana in ambito domestico, con i seguenti obiettivi:*
 - prevenire gli incidenti domestici degli anziani, in relazione ai più frequenti rischi ambientali nelle attività quotidiane. L'identificazione dei rischi porterà a definire azioni più appropriate di informazione/educazione sanitaria con lo scopo di ridurre gli infortuni mortali e dei ricoveri ospedalieri degli anziani con miglioramento della qualità di vita anche attraverso l'attività fisica e interventi adeguamento delle abitazioni.
 - ridurre del 10% della mortalità e dei ricoveri da eventi traumatici, miglioramento della qualità di vita nel biennio.
 - migliorare la sicurezza nelle abitazioni.

Il progetto prevede:

- la costituzione di un gruppo tecnico regionale;
- effettuazione campagne formazione/informazione: Formazione degli operatori SPISAL, mirata all'acquisizione di competenze di base per la realizzazione e per la valutazione di interventi di rilevazione della sicurezza dell'ambiente domestico e degli aspetti socio-assistenziali;

- realizzazione di interventi di rilevazione degli aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni, attraverso l'effettuazione di visite domiciliari; Realizzazione di azioni informativo/educative;
 - elaborazione questionari;
 - monitoraggio sopralluoghi abitazioni.
- *Monitoraggio e intervento sui fattori fisici di rischio Cardiovascolare* rivolto a soggetti portatori di classici fattori di rischio per malattie cardio-cerebrovascolari con età media 60 anni, con il seguente obiettivo di processo: individuare i soggetti portatori dei classici fattori di rischio cardiovascolare che siano anche posti ad ulteriore rischio di ictus cerebri e infarto miocardico ad opera della presenza di fattori fisici (emodinamici) di rischio cardiovascolare. Obiettivo di salute: migliorare il fattore emodinamico di rischio cardiovascolare attraverso un programma controllato di attività fisica.
 - *Prevenzione osteoporosi nelle donne in menopausa* – Progetto pilota della ASP di Catanzaro, con l'obiettivo di Promuovere scelte salutari di prevenzione e rilevare il rischio di osteoporosi nelle donne in menopausa attraverso il MMG.
 - *Screening della degenerazione maculare legata all'età (DMLE) ed efficacia terapeutica*, per soggetti di età media 60 anni Prevenzione della degenerazione maculare, Sensibilizzazione e informazione del territorio sulla degenerazione maculare; Efficacia del trattamento terapeutico.

Anche se ancora in forma iniziale nella Regione Calabria si stanno elaborando progetti che hanno come obiettivo principale la socializzazione dell'anziano e il coinvolgimento dello stesso in attività che permettano il mantenimento delle capacità intellettive, l'esercizio delle attività motorie e la partecipazione ad eventi ricreativi e aggreganti.

Promozione attività fisica

Al fine di promuovere nella popolazione anziana calabrese l'attività fisica, la Regione ha attivato una serie di progetti in tal senso. Questi progetti soprattutto nella fase di avvio, hanno consentito di effettuare un effetto sul territorio, divulgare i benefici dell'attività motoria e i rischi della vita sedentaria e incrementare l'integrazione tra i diversi operatori del territorio per la diffusione di stili di vita salutari.

Nel 2009 è stato predisposto il progetto "Strategie e azioni di educazione motoria e attività fisica per la popolazione anziana calabrese" da sperimentare nelle Aziende Sanitarie Provinciali di Catanzaro e Cosenza con il supporto della UO di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro. Le attività sono state suddivise in tre sottoprogetti sperimentali:

- Delibera n. 312 del 30/3/2012 Presa atto delibere di Giunta regionale Obiettivi PSN e PRP. Linea progettuale 7. L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano: 7 Strategie e azioni di educazione motoria e attività fisica per la popolazione Calabrese. Ufficio Proponente: Dir. Gen. Data pubblicazione: 25/05/2012.
 - Delibera n. 311 del 30/3/2012 Presa atto delibere di Giunta Regionale Obiettivi PSN e PRP. Linea progettuale 3.2 malattie cardiovascolari: 3.2.2. "La prescrizione dell'attività motoria". Ufficio Proponente: Dir. Gen. Data pubblicazione: 25/5/2012.
 - Delibera n. 310 del 30/3/2012 Presa atto delibere di Giunta Regionale Obiettivi PSN e PRP. Linea progettuale 7. L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano: "7.0 Potenziamento ed estensione delle strategie e azioni di educazione motoria e attività fisica per la popolazione anziana calabrese". Ufficio Proponente: Dir. Gen. Data pubblicazione: 25/5/2012.
1. *Miglioramento del profilo di rischio cardiovascolare e della qualità di vita mediante implementazione dell'attività fisica nella popolazione anziana.* L'obiettivo è quello di sviluppare dei percorsi formativi per operatori dell'SSN finalizzati all'implementazione dell'attività fisica nei soggetti con età superiore a 65 anni con lo scopo, da un lato, di aumentare la loro autonomia, e dall'altro, di ridurre l'impatto delle malattie cardiovascolari e delle loro complicanze sulla qualità di vita.
 2. *Valutazione del rischio di Caduta e intervento di promozione dell'attività fisica e motoria per la prevenzione delle cadute e delle conseguenze secondarie.* Obiettivi: elaborazione di una metodica di valutazione del rischio di caduta; valutazione del Rischio di Caduta in una popolazione di ultra sessantacinquenne calabresi senza e con specifica disabilità; impiego di strategie di attivazione fisica e motoria e riabilitative per la riduzione dei livelli di rischio in un campione di popolazione;

trasferimento della metodica d'intervento alle strutture delle Aziende Sanitarie territoriali e dei distretti.

3. “*Gruppi di cammino vivere in buona salute*” un’attività organizzata in cui un gruppo di persone che si danno regolarmente appuntamento in un luogo per camminare insieme, lungo un percorso urbano o extraurbano, sotto la guida di un esperto di Educazione Fisica o Dottore in Scienze Motorie, e successivamente di un *walking leader*, interno al gruppo, adeguatamente addestrato, al fine di promuovere concretamente l’attività motoria e migliorare la salute. Obiettivi: diminuzione dell’incidenza di condizioni patologiche diffuse (malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete, obesità, osteoporosi, malattie tumorali); minore incidenza di malattie croniche di rilevanza sociale; miglioramento della qualità di vita della popolazione.

Descrizione-obiettivo generale

Il presente progetto prevede l’estensione delle attività a tutte le Aziende Sanitarie provinciali della Calabria. Il fenomeno del rapido invecchiamento impone la realizzazione di progetti di attività motoria rivolti alla popolazione anziana, andranno quindi individuate nell’ambito regionale e locale, tutte quelle opportunità offerte dal territorio per far svolgere attività motoria e sportiva.

Occorrerà favorire l’attività motoria e, quindi, quella sportiva anche alle persone anziane appartenenti agli strati sociali più deboli, facilitando l’accessibilità economica e logistica ai servizi e agli impianti. Bisognerà contrastare la sedentarietà indotta dall’ambiente urbano e promuovere una nuova idea di città e di rapporto dell’anziano con il contesto urbano cui egli naturalmente appartiene, favorendo lo svolgimento di attività motoria, anche attraverso migliorando le necessarie modifiche all’ambiente stesso al fine di migliorarne l’accessibilità, ai vari luoghi come alle strutture sportive. In quest’ottica va vista anche la creazione di aree pedonali in cui si accresca il senso di sicurezza percepita.

Tutte queste azioni sono rivolte alla popolazione anziana “sana” o senza importanti patologie conclamate e con un rischio moderato per cardiopatie, ipertensione, dislipidemie, diabete, osteoporosi, che possono accedere direttamente o attraverso la presa in carico degli MMG e/o degli specialisti di medicina dello sport, in geriatria e in riabilitazione all’attività motoria.

L’obiettivo è quello di indurre la popolazione anziana calabrese a modificare i comportamenti sedentari cercando di inserire l’attività fisica nelle azioni quotidiane come camminare, salire le scale che possono essere adattate anche per la prevenzione secondaria in presenza di malattie croniche eventualmente in combinazione con interventi più strutturati effettuati sotto il controllo medico.

Va promossa l’acquisizione di comportamenti nelle attività motorie che potenzino l’educazione alla salute dove si coniughino una sana alimentazione, il rispetto del proprio corpo e una corretta relazione con gli altri.

L’attività fisica diventa una occasione di guadagno psico-fisico nonché una opportunità di aggregazione e partecipazione sociale.

Gli obiettivi specifici che durante l’attuazione del progetto si intendono perseguire sono:

1. L’effettuazione di un’indagine conoscitiva sul territorio regionale dello stato di salute della popolazione anziana.
2. La formazione degli operatori sanitari in particolare quelli presenti nelle strutture territoriali ed gli MMG per l’acquisizione delle competenze teoriche e pratiche al fine di utilizzare strumenti intersettoriali adeguati per la promozione della attività fisica.
3. Il coinvolgimento strutturato, mediante interventi di formazione finalizzati di tutti gli altri operatori interessati allo scopo di implementare conoscenze, atteggiamenti e abilità per l’inserimento della promozione/prescrizione dell’attività fisica nel lavoro ambulatoriale/istituzionale quotidiano; gli interventi saranno rivolti verso gli insegnanti di educazione fisica, i dottori in scienze motorie, gli operatori delle Associazioni ed Enti sportivi, i fisioterapisti, i volontari e gli educatori, in particolare quelli afferenti ai DP. Dovranno essere previste specifiche azioni formative nei confronti dei tecnici, comunali e dei tecnici della prevenzione preposti al rilascio di pareri in materia edilizia/urbanistica al fine di fornire nozioni sul ruolo dei determinanti ambientali e urbanistici della sedentarietà.

4. La realizzazione di corsi di formazione rivolti alla popolazione anziana attraverso l'attivazione di gruppi di cammino con il supporto e la collaborazione di enti pubblici, organizzazioni della società civile e associazioni di auto mutuo aiuto.
5. La promozione e la diffusione della pratica sportiva e motorio-ricreativa, a tal punto che da fenomeno di massa si trasformi per ogni cittadino in necessità quotidiana, in abitudine di vita. Le iniziative sono organizzate attraverso intese e accordi su obiettivi comuni che qualifichino sempre meglio il ruolo educativo della pratica sportiva e dell'associazionismo dal CONI e dalle sue Federazioni, dagli Enti di promozione sportiva, dalle ASL.
6. Iniziative pilota per la messa a punto di modelli innovativi di educazione/riabilitazione con approccio multidisciplinare specialistico e interventi di attività fisica.

Le attività previste per la realizzazione del progetto si svilupperanno secondo le seguenti azioni principali:

1. Fase preparatoria:
 - costituzione di un gruppo di lavoro regionale presso il Dipartimento tutela della salute;
 - costituzione di una rete di referenti aziendali fondamentali per la diffusione locale delle attività del progetto;
 - stesura e approvazione di un Accordo con le Università partner per la elaborazione dei piani di formazione previsti nel progetto e alla conduzione e valutazione degli stessi;
 - stesura e approvazione di uno specifico Accordo con gli MMG;
 - stipula di Accordi con le associazioni di volontariato e con associazioni ed Enti sportivi che operano sul territorio regionale.
2. Definizione e progettazione del piano di formazione:
 - corsi di formazione degli operatori sanitari, insegnanti di educazione fisica e dottori in scienze motorie, operatori delle Associazioni ed Enti sportivi, fisioterapisti, volontari ed educatori;
 - corso di formazione per MMG “Attività fisica e motoria nell’anziano: prevenzione e terapia” finalizzata alla prescrizione dell’attività motoria nell’anziano.
3. Definizione e progettazione del programma di informazione:
 - campagna di sensibilizzazione attraverso l’uso di mezzi di comunicazione più utilizzati dagli anziani, mediante la realizzazione di spot pubblicitari, possibilmente sulle reti televisive e sulla stampa locale, senza trascurare l’importante canale degli MMG e del volontariato al fine di coinvolgere un numero sempre maggiore di persone anziane in una regolare attività fisica;
 - realizzazione di opuscoli di facile consultazione, da distribuire nelle “Conferenze di informazione sanitaria” che mirano a fornire una informazione su temi inerenti la salute, sui comportamenti e stili di vita nonché sui vantaggi dell’attività fisica e motoria;
 - stesura di un manuale sui vantaggi dell’attività fisica e motoria destinato agli anziani e alle loro famiglie;
 - realizzazione di linee d’indirizzo destinate agli MMG relative alla prescrizione della attività fisica nell’anziano;
 - realizzazione di un sito Internet, dove oltre a trovare il materiale e i documenti prodotti, ci si potrà confrontare sulle varie esperienze in corso e si potranno acquisire suggerimenti e nuove proposte.
4. Definizione di un programma regionale di promozione dell’attività fisica e motoria della popolazione anziana.
5. Attuazione del programma regionale di promozione dell’attività fisica e motoria della popolazione anziana.

È prevista infine un’attività di verifica, con periodicità semestrale, con redazione di una relazione sullo stato del progetto redatta di gruppo di lavoro regionale.

Per la realizzazione delle singole fasi sopra descritte il gruppo di lavoro regionale sarà coordinato dal Dipartimento Tutela della salute e politiche sanitarie e sarà costituito da esperti del settore individuati a cura del Dirigente Generale dello stesso presso le UO delle Aziende Sanitarie Provinciali competenti in materia (Medicina dello Sport, Promozione della Salute, Riabilitazione, Assistenza agli Anziani, ecc.).

È prevista inoltre una partnership con l’Università degli Studi “Magna Graecia” di Catanzaro (Cattedre, Scuole di specializzazione e Corsi di Laurea afferenti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia) e con l’Università degli Studi di Messina (Dipartimento di Scienze della Formazione), con le quali

dovranno essere sottoscritte apposite convezioni che dovranno indicare i termini, le forme e la durata della collaborazione nonché disciplinare l'utilizzo del personale di ricerca e in formazione sotto indicato.

La collaborazione si svolgerà, secondo il rispettivo *know-how* e le esperienze specifiche maturate da ciascun Ente, nel campo delle attività di ricerca e formazione indicati nelle azioni 2-6.

Le stesse Università potranno allo scopo dedicare personale in formazione, specializzando e/o dottorandi di ricerca, nei limiti, previsti dalle norme specifiche e con finanziamento a carico del progetto, a condizione che essi svolgano la propria attività formativa e di ricerca prevalentemente nelle strutture del SSR, nei modi e nelle forme organizzative indicate nelle vigenti disposizioni in materia.

Analogamente potrà essere applicato personale di ricerca delle medesime Università, entro i limiti di due unità per ciascun Ateneo, con co-finanziamento a carico del progetto, a condizione che l'attività di ricerca e didattica svolte siano coerenti con le finalità del progetto e funzionali agli obiettivi perseguiti dallo stesso e dal SSR.

Anche nel PRP 2010-2012 sono stati inseriti i progetti di cui sopra a cui sono stati aggiunti altri per la promozione dell'attività fisica:

- Promozione dell'attività dei gruppi di cammino per la popolazione anziana: Strategie e azioni di educazione all'attività fisica per la popolazione anziana calabrese. È un progetto rivolto a persone > 65 anni a basso rischio, con i seguenti obiettivi:
 - promuovere nella popolazione anziana calabrese stili di vita attivi, inserendo l'attività fisica nelle azioni quotidiane, come il cammino, che può essere adattato anche per la prevenzione secondaria in presenza di malattie croniche eventualmente in combinazione con interventi più strutturati effettuati sotto il controllo medico;
 - acquisizione di comportamenti nelle attività motorie che potenzino l'educazione alla salute coniugata con una sana alimentazione, il rispetto del proprio corpo e una corretta relazione con gli altri;
 - l'attività fisica come una opportunità di aggregazione e partecipazione sociale;
 - miglioramento della qualità di vita della popolazione;
 - riduzione dei costi economici e sociali con acquisizione di risorse, da destinarsi ad una migliore tutela del diritto alla Salute.
- La prescrizione dell'attività motoria: Strategie e azioni per la popolazione anziana e per i soggetti disabili in particolare in conseguenza di *stroke* o di Morbo o Malattia di Parkinson. Il progetto ha i seguenti obiettivi:
 - realizzare, sul territorio delle aree coinvolte, iniziative concrete di tipo AFA (Attività Fisica Adattata) e di altro tipo, alle quali indirizzare differenti tipologie di soggetti anziani, anche disabili, per la attuazione di una reale implementazione dell'attività fisica, attraverso un lavoro in equipe multidisciplinare, finalizzata ai soggetti disabili, in particolare in conseguenza di *stroke* o di Malattia di Parkinson.
 - ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari, nonché i ricoveri ospedalieri da eventi traumatici, migliorare la qualità della vita.
- Implementazione dell'attività fisica e miglioramento del profilo di rischio cardiovascolare e della qualità di vita in un campione della popolazione adulta (35-65 anni) della provincia di Catanzaro. L'obiettivo è la riduzione dell'incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari. Il progetto si inquadra nell'ambito di una più ampia strategia finalizzata al miglioramento delle condizioni di salute e del benessere della popolazione, ed è finalizzato all'implementazione dell'attività fisica quale strumento di prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari. Il progetto si realizzerà in via sperimentale nella provincia di Catanzaro.

Regione Campania

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

Inizialmente la Regione Campania con la DGR del 20/9/2002, n. 4215 ha istituito il Centro Pilota Regionale per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) presso il Dipartimento di Psichiatria della Seconda Università di Napoli.

I compiti previsti per il Centro Pilota erano:

- coordinamento delle iniziative epidemiologiche volte alla creazione di un Registro Regionale dei disturbi del comportamento alimentare;
- coordinamento tecnico e omogeneizzazione delle iniziative di prevenzione primaria e secondaria
- promozione di iniziative per la definizione di linee guida e di protocolli diagnostici, terapeutici e di follow-up;
- ricerca clinica e biomedica.

Altre Province come la ASL CE 2 ha inteso sviluppare un programma di intervento con riferimento ai DCA costituendo un gruppo interdisciplinare per la lo studio e la gestione degli stessi che con determina del Direttore Generale n. 920 del 16/3/2004, divenuto poi un Centro per lo Studio e la Gestione dei DCA. Obiettivo del “Gruppo” è quello di garantire una assistenza qualificata che nasca da una collaborazione fattiva tra le diverse “agenzie” della salute presenti sul territorio con specifiche multi professionalità.

Successivamente, a seguito dell'indicazione contenuta nel DPR del 23/7/1998 di approvazione del PSN 1998-2000, il PSR della Regione Campania 2002-2004 ha promosso, nell'ambito del Dipartimento di Salute mentale, forme di risposta organizzate alle patologie emergenti quali i DCA. Nel recepire la prescrizione nazionale ha individuato tra i suoi obiettivi:

- la promozione dell'adozione di “sani” modelli alimentari nella popolazione giovanile anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione alimentare;
- la prevenzione primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare con particolare riferimento ai soggetti a rischio attraverso la loro individuazione precoce;
- la prevenzione terziaria attraverso metodi riabilitativi (riabilitazione nutrizionale e riabilitazione psicologica e psichiatrica combinate);

e ha previsto:

- l'istituzione di un Centro Pilota Regionale per i DCA;
- l'organizzazione e strutturazione di una rete diagnostica-assistenziale per i DCA.

Considerato che sono in considerevole aumento, nell'età evolutiva, i DCA particolarmente per quanto riguarda obesità e anoressia la Regione è intervenuta con dei progetti specifici. Con la DGR 1687/2005 è stato approvato un progetto pilota “il Progetto DiCAEv: prevenzione individuazione trattamento integrato dei disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva, per la prevenzione e l'identificazione precoce dei disturbi del comportamento alimentare”. Successivamente è stato approvato il progetto “Crescere felix” (DGR del 23/7/2006, n. 850) per una corretta educazione alimentare in ambito scolastico e familiare. La Regione Campania e in particolare l'Assessorato alla Sanità, Settore Assistenza Sanitaria Osservatorio Epidemiologico Regionale, Servizio Materno-Infantile, nell'ottica del Piano Regionale di Prevenzione, si è impegnato particolarmente nella sponsorizzazione del progetto Crescere Felix. Finalità generale di questo progetto è quello di attuare interventi di prevenzione e riduzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente. Partendo da queste finalità ogni ASL nella propria realtà territoriale dovrà attuare degli interventi che promuovano e consolidino stili di vita e di alimentazione salutari in tutta la fascia dell'infanzia e dell'adolescenza. Dopo il PSR ci sono state varie altre delibere relative all'approvazione di programmi per la prevenzione dei disturbi alimentari soprattutto nella fascia adolescenziale, in particolare la DGR n. 2312/2007, che nell'evidenziare che le attività rivolte agli adolescenti rientrano nei LEA ribadisce che le ASL sono tenute a garantire costanti e continuativi interventi, di promozione/educazione a tutela della salute, per tale popolazione.

Le ASL sono tenute a predisporre un atto deliberativo con il quale recepire l'atto di indirizzo regionale sopracitato e il nuovo programma aziendale volto alla promozione e tutela della salute degli adolescenti.

Solo recentemente con la DGR 464/2009, nasce il Centro regionale sociosanitario per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare e dell'obesità grave.

La Giunta ha approvato questo progetto prevedendo l'istituzione di una struttura residenziale terapeutico riabilitativa per i disturbi come anoressia e bulimia e per la prevenzione e la terapia per obesi gravi. Il provvedimento, inoltre, punta alla realizzazione di una rete regionale integrata di presidi che verranno attivati in tutte le province. Promossa dall'ASL Na1, l'iniziativa vede la collaborazione, in qualità di partner, del Centro pilota per i disturbi del comportamento alimentare del Dipartimento di Psichiatria AOU 2 dell'Università di Napoli e del Centro di alta specializzazione per la terapia dell'obesità del Dipartimento di Chirurgia generale della Federico II.

Per promuovere stili di vita salutari caratterizzati da una corretta alimentazione, è stato condotto nella Regione Campania e in altre 4 Regioni Toscana, Marche, Puglia Sicilia con il supporto scientifico del CREPS-Università di Siena, il Progetto Interregionale Buone pratiche sull'alimentazione meglio noto come "E... vai con la Frutta" con l'obiettivo di promuovere il consumo di frutta e verdura oltre che nelle scuole anche nei luoghi di lavoro.

Altro progetto interregionale che ha coinvolto anche la Regione Campania è il Progetto CCM "OKkio alla ristorazione" volto promozione della corretta alimentazione presso la ristorazione collettiva (con altre 5 Regioni, tra cui Sicilia capofila, Emilia-Romagna, Lazio Marche e Veneto "finalizzato al miglioramento dell'offerta nutrizionale attraverso la ristorazione collettiva e al monitoraggio dei consumi di frutta e verdura attraverso la costituzione di una rete inter-regionale composta dai SIAN delle ASL e dalle aziende di ristorazione collettiva per promuovere la diffusione e adozione di corretti stili alimentari.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Il PSR 2011-2013 (approvato con Decreto Commissario *ad acta* 22/3/2011, n. 22) prevede specifici obiettivi di prevenzione e tutela della popolazione anziana.

Le popolazioni fragili e gli anziani in particolare si pongono ovviamente all'attenzione di questo PSR come elemento di priorità. L'invecchiamento della popolazione sollecita interventi più diffusi e innovativi a questa parte di popolazione con maggiore prevalenza di malattie croniche e che utilizza di più le risorse del SSR.

Il PSR recepisce le indicazioni dei più autorevoli studi scientifici che mostrano il contrasto alla sedentarietà attraverso un'attività fisica regolare ha un rilevante impatto preventivo sia sulla mortalità sia sulle complicanze secondarie di molte malattie cronico degenerative largamente prevalenti negli anziani. L'impegno della Regione sarà pertanto rivolto a stipulare accordi di collaborazione con Enti sportivi e parti sociali per promuovere stili di vita corretti e soprattutto aumentare in modo consistente il numero di anziani che accedono a programmi di attività fisica regolare.

Nel PSR 2011-2013, sono state riprese e approfondite la strategia per la promozione della salute, la riduzione o rimozione dei fattori di rischio, la prevenzione delle malattie e delle disabilità, classificabile e articolabile in tre principali settori:

- i programmi di promozione e prevenzione di problemi di salute collettiva;
- la promozione individuale di comportamenti e stili di vita sani (soprattutto attraverso i luoghi di vita e di lavoro);
- le attività di informazione e comunicazione del rischio.

Questi programmi di promozione di stili di vita attivi e salutari nelle persone anziane e prevenzione dei problemi di salute erano già stati evidenziati nel PRP 2010-2012.

Tra gli obiettivi generali di questo Piano di Prevenzione viene indicata quella di ritardare o limitare l'insorgenza di patologie croniche e disabilità nell'età anziana.

Viene previsto il rafforzamento del sistema epidemiologico (PASSI d'Argento), con lo scopo specifico di conoscere e monitorare nel tempo le condizioni di salute o di fragilità, i bisogni di tutela, ma anche le potenzialità in termini di capacità e risorse delle persone anziane.

Già in precedenza con la DGR del 23/6/2006, n. 838 Legge 8/11/2000 n. 328 Approvazione Linee Guida Regionali e istituzione Commissione Tecnica per la valutazione dei Piani Sociali di Zona Anno 2006 (V Annualità). (Con allegato), la Regione Campania, particolarmente nell'ultimo quinquennio, si era attivamente impegnata nella promozione e nel sostegno della rete dei servizi, degli interventi e delle opportunità per le persone con disabilità con l'obiettivo di garantirne il pieno diritto di cittadinanza attraverso la tutela della dignità, la creazione di condizioni di pari opportunità e di non discriminazione, lo sviluppo dell'autonomia e dell'autodeterminazione, la difesa del diritto allo studio.

La Regione ha inteso sostenere tutti i servizi che perseguono l'integrazione e la valorizzazione delle capacità e delle potenzialità delle persone disabili. In linea con quanto stabilito negli Orientamenti strategici per il triennio 2005-2007 contenuti nelle Linee Guida 2001, le priorità regionali per l'area disabilità sono:

- servizi e interventi per la domiciliarità di soggetti con ridotta autonomia personale;
- assistenza residenziale e semiresidenziale;
- realizzazione e/o rafforzamento dei Centri Socio-Educativi diurni, per i quali sono previsti fondi regionali aggiuntivi, ora compresi nella tipologia "Centro Sociale Polifunzionale";
- coordinamento dei servizi in rete al fine di migliorare la qualità dell'integrazione scolastica e sociale degli alunni con disabilità.

Per la 5ª annualità di attuazione della Legge 328/2000, anche in materia di disabilità sono da considerarsi prioritari gli interventi rientranti nella tipologia "servizi domiciliari" – in particolare l'Assistenza Domiciliare Sociale da promuovere anche, laddove necessario, con tempi e modalità condivise con il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata – e quelli della tipologia "servizi semi-residenziali" inerenti i Centri Sociali Polifunzionali.

Le Linee di indirizzo concernenti le strutture residenziali e semiresidenziali rivolte, tra gli altri, anche a persone con disabilità (DGR n. 711 pubblicata sul BURC n. 31 del 28/6/04) sanciscono ulteriormente l'assunzione di nuove responsabilità da parte della Regione Campania in materia di disabilità. In particolare, la 711/04 testimonia l'impegno del Settore Politiche Sociali allo sviluppo di nuove progettualità nel quadro della valorizzazione del rapporto pubblico/privato in materia di interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità. L'implementazione in corso, poi, dell'Anagrafe Regionale delle suddette strutture rappresenta una risorsa importantissima per il monitoraggio dei servizi e la programmazione.

Promozione attività fisica

Nell'ambito del PRP 2010-2012, sono stati previsti interventi per la prevenzione delle cadute degli anziani, tramite l'organizzazione di Gruppi di cammino e incontri di ginnastica dolce. Si tratta di azioni per promuovere l'attività fisica degli anziani organizzando gruppi di anziani che si riuniscono periodicamente e con la guida di un "conduttore esperto" camminano per un tempo progressivamente maggiore fino ad arrivare a 40 minuti ad incontro. Inoltre si organizzeranno incontri di ginnastica dolce presso centri anziani, parrocchie e altre strutture aggregative. Per tali attività si farà ricorso anche a tirocinanti di Scienze Motorie. A tal fine si stipulerà una convenzione con la Facoltà di Scienza Motorie dell'Università Partenopea di Napoli 1 per il tirocinio presso la ASL di laureandi della laurea specialistica. Tali tirocinanti saranno opportunamente formati e tutorati per guidare gli anziani in tali attività. Si coinvolgerà il Comune per l'individuazione dei percorsi e l'organizzazione delle uscite. Per l'organizzazione, la strutturazione e la pubblicizzazione dei gruppi saranno coinvolti le Unità Operative Assistenza agli Anziani (UOAA) dell'ASL, i Servizi Sociali, i medici di base. Saranno affisse locandine negli ambulatori degli MMG e UOAA e in luoghi frequentati dagli anziani e distribuiti volantini informativi. L'attività sarà svolta prima in maniera sperimentale in un solo Distretto Sanitario e poi estesa agli altri Distretti.

Sempre nell'ambito del PRP, ha dato vita al progetto "Crescere Felix" che è un intervento per la prevenzione e la riduzione dell'obesità nel bambino e nell'adolescente. Tra le varie azioni è previsto lo sviluppo di un progetto che coinvolge gli operatori della Scuola per la promozione dell'attività fisica del bambino fin dalla scuola primaria. L'obiettivo primario è di aumentare l'attività fisica nelle scuole, fornendo, attraverso operatori delle ASL della Regione Campania opportunamente formati, le informazioni e la formazione necessarie agli insegnanti di scuola primaria sul concetto di attività fisica legata alla salute. Per raggiungere tale obiettivo, inoltre, sono suggeriti gli strumenti didattici necessari a fornire un supporto competente alla programmazione curriculare e proposte operative finalizzate a formare nei bambini la consapevolezza dell'importanza del movimento e delle attività motorie.

Regione Emilia-Romagna

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

La Regione Emilia-Romagna è da tempo impegnata sui temi del contrasto alla sedentarietà e della promozione dell'attività fisica e di una sana alimentazione prevedendo una serie di azioni coordinate e continuative che prendono avvio fin dalla gravidanza, rivolgendosi poi alla famiglia durante i primi anni di vita del bambino, per continuare nella scuola e nella comunità. In particolare, per migliorare la qualità nutrizionale dell'offerta alimentare scolastica sono state emanate le "linee guida per l'offerta di alimenti e bevande salutari nelle scuole e strumenti per la sua valutazione e controllo", recepite con Delibera n. 418 del 10/4/2012, che costituiscono uno strumento concreto per contribuire alla promozione di sane scelte alimentari in tutto l'ambiente scolastico e per garantire sul territorio regionale l'applicazione degli standard nutrizionali che consentano di migliorare la qualità di cibo offerto nella scuola. Gli standard riguardano la tipologia e le caratteristiche degli alimenti e delle bevande somministrati nella refezione scolastica e disponibili presso distributori automatici o servizi bar situati all'interno delle scuole.

L'attenzione dedicata dalla Regione alla promozione di corrette abitudini alimentari, ha radici lontane, infatti già dal marzo 2000, l'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna, nell'ambito della riorganizzazione dei servizi per la salute mentale, prevista dal PSR 1999-2001, (che la prevede fra i programmi speciali, al punto 9.5) ha inviato alle aziende sanitarie indirizzi contenenti le "Linee sull'organizzazione dei servizi per i disturbi del comportamento alimentare".

Tali linee oltre a dare indirizzi preliminari di carattere tecnico e organizzativo per il miglioramento dell'assistenza alle persone con DCA, prevedevano di "attivare un gruppo regionale di coordinamento con il compito di monitorare le attività dei servizi per il trattamento dell'anoressia/bulimia e riformulare eventualmente le presenti linee guida sulla base dell'evidenza dei risultati monitorati e delle nuove conoscenze scientifiche nazionali e internazionali.

Due anni dopo è stata condotta una rilevazione sullo stato di attuazione della direttiva, attraverso un'indagine presso le Aziende Sanitarie e le strutture private della Regione che operano in questo settore.

Il documento è stato redatto tenendo conto delle acquisizioni scientifiche e dei risultati della rilevazione – elaborati presso il Servizio di Salute Mentale dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna e valutati dal Gruppo tecnico regionale di monitoraggio e coordinamento dei DCA (costituito nel 2001).

Il documento fornisce approfondite considerazioni e proposte per il miglioramento dell'assistenza a persone affette da disturbi alimentari, rispetto a varie aree, tra cui la prevenzione, ed è inoltre corredato da numerosi allegati tecnici.

Nel 2004 la Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna ha emanato a seguito di indagine ad hoc presso i servizi sanitari regionali per i DCA, pubblici e privati la DGR 31/5/2004, n. 1016: "Linee guida per il potenziamento dell'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare". La delibera indica tra le priorità di politica sanitaria la prevenzione e la cura dei DCA, raccomandando alle Aziende Sanitarie di procedere all'attivazione di progetti specifici, che indichino il relativo percorso clinico e organizzativo. Conseguentemente la Regione ha istituito un apposito Tavolo per la costruzione della "Rete regionale DCA", per il monitoraggio del miglioramento della qualità della assistenza ai DCA, anche con specifiche iniziative formative di supporto all'intero processo.

La emanazione della suddetta delibera 1016 è stata seguita dalla pubblicazione e diffusione del dossier dell'Agenzia Sanitaria Regionale n. 89 – 2004 "Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare" contenente gli indirizzi clinici e organizzativi per supportare la costruzione di programmi aziendali.

Nel 2005, il Tavolo Regionale DCA ha condotto una nuova indagine per verificare il livello di attuazione delle direttive regionali e lo stato dell'arte della assistenza. I risultati hanno evidenziato come dal 2002 molto si fosse già operato nelle aziende sanitarie – seppure con carattere di persistente disomogeneità – per il miglioramento dei percorsi assistenziali ai DCA sia per gli aspetti organizzativi (esistenza di un progetto definito, identificazione della équipe, del responsabile di progetto e/o di équipe; coinvolgimento dei Medici e Pediatri di base e/o intersettoriale, interaziendale, inter-istituzionale, anche sovra-regionale; interazione con la Neuropsichiatria Infantile per utenti in età evolutiva; relazioni con le

associazioni di familiari/utenti; ecc.) sia per aspetti clinici (condivisione di protocolli, linee guida, ecc.) e/o di documentata attività scientifica e/o formativa.

Permaneva in alcune realtà la grande difficoltà a coinvolgere e interessare le figure mediche professionali competenti sull'infanzia e adolescenza.

La Regione Emilia-Romagna, ha approvato il PRP 2005-2007 con DGR n. 426/2006, per la parte relativa ad obesità, incidenti stradali e domestici, infortuni nei luoghi di lavoro e prevenzione delle recidive nelle persone che hanno avuto problemi cardiovascolari.

La strategia attuativa della linea progettuale sorveglianza e prevenzione dell'obesità si basa sulla realizzazione di una rete nel cui ambito varie istituzioni cooperano per supportare e costruire un contesto che renda più facile fare scelte nutrizionali sane e svolgere regolarmente attività fisica. A tal fine è stato istituito un tavolo regionale in cui sono rappresentate e integrate le varie competenze necessarie alla realizzazione degli obiettivi del progetto.

Nel corso del 2007-2008 il Tavolo Regionale DCA ha attuato un progetto per la formazione specifica degli operatori, con caratteristiche di inter-disciplinarietà, orientata all'arricchimento e scambio professionale di tipo tecnico e al potenziamento delle competenze del lavoro in team, a supporto dell'impegno per l'innovazione e il miglioramento della qualità nel campo della assistenza ai DCA.

Lo stesso Tavolo ha infine formulato un Programma Regionale DCA che, a partire dalla strutturazione della rete organizzativa (nodi e maglie), definisce i requisiti specifici delle caratteristiche – cliniche e organizzative – dei nodi locali della rete DCA, affinché sia possibile garantire nel giro di un triennio la uniformità delle prestazioni e dei prodotti offerti ai pazienti con DCA. Fra i principali *key-point* raccomandati alla costruzione del Programma DCA figurano:

- verificabilità e condivisione dei criteri clinici con cui si pongono le diverse diagnosi all'atto della prima valutazione clinica e dei successivi follow-up;
- caratteristiche di specifica formazione richiesta agli operatori dei team DCA (che non dovrà essere solo di carattere clinico-assistenziale ma anche finalizzata al lavoro in gruppo);
- appropriate modalità di comunicazione – interna ed esterna al mondo sanitario – riguardo alle principali caratteristiche cliniche (v. rilievo tempestivo, gestione dei casi lievi da parte degli MMG e PLS) e organizzative (servizi dedicati, ecc.).

In generale, l'obiettivo del Programma Regionale DCA, presentato alla II Conferenza Regionale per la salute mentale dell'ottobre 2007, è che sempre più si realizzino concretamente progetti di integrazione e di lavoro "in rete" fra strutture ospedaliere e territoriali, di base e specialistiche, per utenza pediatrica e adulta, anche a valenza sovra-aziendale.

Recentemente la Regione nell'ambito dei disturbi della salute mentale con la DGR del 23/3/2009 n. 313 – Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011, ha ribadito l'importanza di politiche mirate per i disturbi della condotta alimentare. Il piano salute mentale sottolinea la necessità di sviluppare anche in tale ambito un alto livello di specializzazione ed per i quali un Tavolo regionale è impegnato a formalizzare e rendere operativo il Programma regionale DCA, in attuazione di quanto già prefigurato dalla DGR n. 1016/2004. Esso dovrà realizzare la rete regionale DCA costituita da attività e team di I livello per l'età adulta e minorenne, da centri qualificati di tipo riabilitativo alimentare/nutrizionale e da centri ospedalieri per le condizioni di emergenza internistica e psichiatrica.

Con la DGR n. 1298 del 14/9/2009 è stato approvato il "Programma per la assistenza alle persone con Disturbi del Comportamento Alimentare in Emilia-Romagna 2009-2011" che prevede la strutturazione della rete di tutti i servizi e professionisti, territoriali e ospedalieri, pubblici e privati, che opereranno in stretta integrazione per dare uniformità e appropriatezza alla offerta di assistenza alle persone con DCA. Contestualmente sono state approvate le "Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da DCA" (settembre 2009) rappresentano una importante tappa nell'impegno dell'Emilia-Romagna.

Tale programma prevede che "ogni Azienda USL, previo accordo con le direzioni delle Aziende ospedaliere e/o delle strutture private specialistiche eventualmente esistenti sul territorio di riferimento, definisce formalmente il Programma aziendale DCA, tale da assicurare:

- attenzione ai processi di promozione della salute e prevenzione dei DCA;
- qualificazione in materia di appropriatezza e continuità assistenziale;

- indicazione delle risorse specificamente destinate alla diagnosi e presa in carico, entro il 2011, di un numero di nuovi casi/anno equivalente almeno al 3/1000 rispetto alla popolazione target di 12-25 anni di età, attraverso la formale individuazione e definizione di:
 - un team aziendale, specificamente dedicato alla assistenza ai DCA, costituito da personale formato e dedicato, ivi comprese le modalità di lavoro (équipe multiprofessionale, ore dedicate, sede di attività, ecc.) e di accesso per l'utenza con DCA;
 - specifico percorso clinico e organizzativo per gli utenti con DCA (dalla rilevazione precoce del disturbo – nelle differenti fasce di età – alla sua diagnosi e presa in carico, trattamento, follow-up, dimissione, ecc.), con chiara definizione di ruoli e responsabilità nelle diverse fasi del percorso e nei differenti livelli assistenziali individuati dal Programma;
 - piano delle azioni di comunicazione, sensibilizzazione e promozione della salute relativamente ai DCA”.

L'emanazione della delibera sarà seguita dall'invio di un documento tecnico, già predisposto dal Tavolo Regionale, sulle appropriate modalità cliniche e organizzative per la conduzione sia della fase di *assessment* che di trattamento, secondo le più attuali raccomandazioni della letteratura scientifica nazionale e internazionale.

In sintesi, la caratteristica della programmazione dell'Emilia-Romagna per il miglioramento della assistenza alle persone con DCA consiste nella valorizzazione di tutte le risorse esistenti nelle strutture, pubbliche e private, competenti in tema di DCA per completare nel triennio 2009-2011 una rete integrata, multiprofessionale e interdisciplinare, sull'intero territorio regionale, in grado di offrire ai cittadini e agli altri operatori sanitari (di base e specialistici) percorsi di continuità assistenziale con riferimenti certi e competenti sia per la tempestiva diagnosi sia per la appropriata presa in carico di questi pazienti nelle diverse fasce di età e con differenti gradi di complessità e intensità clinica.

La delibera, tenuto conto delle difficoltà persistenti nella prevenzione, diagnosi e presa in carico di utenti minorenni, ha confermato che il “Centro ospedaliero DCA per l'età evolutiva, collocato presso la Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, è struttura di riferimento, clinico e formativo, di supporto alla costituzione della rete regionale dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza e di altri eventuali servizi rivolti alla utenza minorenni con DCA e per la promozione della salute in età evolutiva”.

L'azione regionale di supporto e di monitoraggio per la strutturazione della rete regionale continuerà ad essere attuato attraverso i lavori del Tavolo Regionale DCA, costituito dai referenti dei Programmi aziendali DCA.

Attraverso il “Numero Verde” della sanità regionale (800 033 033), i cittadini potranno avere informazioni aggiornate sia sul Programma Regionale che sulle modalità attuate dalle proprie Aziende Usl di riferimento in tema di DCA.

Tutto il materiale citato è consultabile sul sito regionale “Saluter”, nell'area della “Documentazione” per la “Salute mentale” – “Infanzia e adolescenza”.

Tra i progetti interregionali che ha coinvolto anche la Regione Emilia-Romagna, possiamo citare il Progetto CCM “OKkio alla ristorazione”, volto alla promozione della corretta alimentazione presso la ristorazione collettiva (con altre 5 Regioni, tra cui Sicilia capofila, Campania, Lazio Marche e Veneto) “finalizzato al miglioramento dell'offerta nutrizionale attraverso la ristorazione collettiva e al monitoraggio dei consumi di frutta e verdura attraverso la costituzione di una rete inter-regionale composta dai SIAN delle ASL e dalle aziende di ristorazione collettiva per promuovere la diffusione e adozione di corretti stili alimentari.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Il tema della prevenzione della disabilità delle persone anziane è stato approfondito in diversi atti programmatori della Regione, in quanto l'invecchiamento della popolazione rappresenta un problema sociosanitario di rilevante complessità, per la necessità di offrire risposte sempre più mirate a questa fascia di cittadini, sia per quanto riguarda la rete dei servizi sia per rispondere a bisogni espressi.

Il PRP 2010-2012 rilancia con forza, e a tutto campo, quello che già era stato approfondito dalla DGR 22/5/2008, n. 175 – Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, che tra i punti principali prevede Assicurare la promozione della salute e la prevenzione delle disabilità nell'anziano l'azione per prevenire le malattie e promuovere stili di vita sani con programmi rivolti alla popolazione generale e a gruppi di popolazione

con specifici rischi. In particolare promuovere attivamente la salute degli anziani rappresenta sicuramente uno degli obiettivi principali, sia per le ricadute complessive sul benessere delle persone, sia per il minore carico assistenziale e di cura connesso. E lo fa ispirandosi ai valori e ai principi che sottendono la programmazione sanitaria della Regione: equità, integrazione, partecipazione. In particolare il Piano individua anche ulteriori linee di intervento che non hanno avuto sviluppo sistematico ma sono state oggetto di confronto o di sperimentazioni operative limitate, come il tema della prevenzione di altre malattie croniche, la prevenzione della disabilità, la prescrizione dell'attività fisica, che costituiscono i nuovi temi del Piano regionale 2010-2012, sui quali avviare programmi più sistematici.

Nel Programma per la sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano, l'obiettivo generale è quello di prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative, attraverso:

- la protezione e la promozione della salute negli anziani, risorsa potenziale per la collettività interventi finalizzati a modificare fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità;
- lo sviluppo di interventi attivi nei confronti delle persone fragili, sulla base di un'augmentata capacità di identificare, in modo condiviso e omogeneo, i gruppi di popolazione a rischio di disabilità o non autosufficienza, classificandoli in livelli diversi di rischio, cui corrispondono differenti interventi possibili di prevenzione, di tutela o di presa in carico.

Il Programma si realizza attraverso 3 Progetti:

- sviluppo di sistemi di sorveglianza sulla fragilità;
- contrasto all'isolamento dell'anziano con particolare riferimento alla costruzione di reti sociali di sostegno e di vicinato;
- prevenzione dei traumi nell'anziano.

Ulteriori atti programmatici hanno preso avvio dal Piano di Azione a favore della popolazione anziana - Una società per tutte le età: invecchiamento della popolazione e prospettive di sviluppo della Regione Emilia-Romagna approvato dalla DGR 22/11/2004, n. 2299 e successivamente modificato dalla delibera della Giunta Regionale n. 1598/2006, documento politico programmatico per l'integrazione delle politiche a favore della popolazione anziana che affronta con un approccio globale i problemi del welfare, dell'abitare, del vivere, delle cure, dei servizi.

Il Piano di azione a favore della popolazione anziana ha cercato di valorizzare in un'ottica nuova il patrimonio e le risorse delle persone anziane nei diversi aspetti della vita economica e sociale, secondo i principi dell'integrazione e della tolleranza e in collegamento con le iniziative e le proposte avanzate a livello mondiale ed europeo, ponendo al centro della riflessione e dell'attività di tutte le politiche di settore l'esigenza crescente di unitarietà e integrazione.

Il Piano si è posto l'obiettivo generale di contribuire a realizzare una "società per tutte le età", una società rispettosa degli anziani di oggi e di domani che riconosca dignità e diritti di cittadinanza a tutti gli individui senza discriminazioni, e a ciascun individuo lungo tutto l'arco della sua vita.

A tal fine, il Piano ha promosso e realizzato politiche e interventi innovativi e integrati a favore della popolazione anziana, coinvolgendo i diversi settori della programmazione regionale interessati e interpellati dal processo di invecchiamento.

Alla luce di questo obiettivo, alcune precise scelte strategiche hanno orientato la discussione e la realizzazione del Piano:

- riconoscere il ruolo attivo della popolazione anziana e promuovere politiche innovative per la terza età;
- dare sostanza alla libertà di scelta dell'anziano;
- promuovere un atteggiamento positivo verso l'invecchiamento;
- favorire una riorganizzazione del corso della vita a livello individuale e collettivo, realizzando una maggiore flessibilità tra formazione, lavoro e piacere nelle diverse fasi della vita, superando una rigida sequenzialità;
- promuovere un invecchiamento attivo (*active ageing*);
- favorire e sostenere il diritto ad una vita indipendente;
- sostenere le persone che scelgono di prestare cura ai propri familiari o conoscenti;
- valorizzare l'apporto delle nuove tecnologie per ampliare i margini di libertà e di autonomia delle persone anziane;

- promuovere il benessere e la salute nella terza età, assicurando un approccio preventivo nel corso della vita e universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari e sociali.

Sono previste nel progetto diverse iniziative quali: “Osservatorio anziani”, “Sportello informanziani”, “Progetto buon vicinato”, “Comunicazione a mezzo stampa”, “Corretto uso dei farmaci”, “Spesa consapevole e facile”, “Preparazione dei cibi e promozione delle buone abitudini alimentari”, “Promozione dell’attività fisica”, “Arte terapia come riabilitazione: laboratori artistico-espressivi per la stimolazione cognitivo-sensoriale degli anziani affetti da declino mestico.

Normativa di fondamentale importanza nell’ambito della fragilità è la DGR del 30/7/2007 n. 1206 relativa al “Fondo regionale per la non autosufficienza. Indirizzi attuativi della DGR. n. 509/2007”. In particolare l’allegato 4 sviluppa interventi finalizzati alla riduzione della disabilità nella popolazione anziana.

Promozione attività fisica

La sedentarietà è uno dei fattori di rischio alla base dell’insorgenza di molte patologie croniche-degenerative. Gli effetti positivi dell’attività fisica regolare sono solidamente documentati nella riduzione del rischio cardiovascolare, diabete ipertensione.

L’attenzione alla promozione dell’attività fisica viene particolarmente sottolineata nella Regione Emilia-Romagna, dove sul piano organizzativo la Regione ha deliberato sin dall’inizio la creazione in ogni Dipartimento di Salute Pubblica del “Servizio di medicina dello sport e promozione dell’attività fisica”, impegnato appunto nella promozione della salute oltre che nella certificazione di idoneità sportiva.

Il Progetto CCM Emilia-Romagna “Promozione dell’attività fisica” – azioni per una vita in salute” sviluppato dal 2007-2010 insieme a Piemonte Veneto Toscana Marche e Puglia – si è prefisso di migliorare le competenze dell’SSN nella promozione della AF, proponendo apposite iniziative.

DGR n. 2071 del 27/12/2010 “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012 – La Regione Emilia-Romagna è da tempo impegnata sul tema della lotta alla sedentarietà e promozione dell’attività fisica: già nel PSR 1999-2001 si affermava l’importanza dell’attività fisica ai fini del miglioramento della salute dei cittadini. Nel 2004, la Delibera n. 775 indicava, tra i compiti dei Servizi di Medicina dello sport presenti in ogni Azienda USL, la promozione dell’attività fisica nella popolazione generale e il recupero funzionale di soggetti affetti da patologie che possono beneficiare dell’esercizio fisico attraverso l’utilizzo della sport-terapia.

Inoltre, in Emilia-Romagna si sono sviluppate alcune importanti esperienze che riguardano la prescrizione dell’attività fisica a persone con fattori di rischio o affette da patologie cardiovascolari e dismetaboliche, e a soggetti anziani fragili: fra queste la più importante e strutturata è certamente quella di Ferrara, che coinvolge sia gli MMG sia il Centro di Medicina dello sport di secondo livello e di fatto anticipa il modello più avanti descritto.

Infine, è in fase di avvio il progetto “Trapianto... e adesso sport”, attivato in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti e la Regione Veneto, che riguarda la prescrizione personalizzata di attività fisica a persone trapiantate di cuore, rene e fegato.

La Regione Emilia-Romagna intende ora intervenire con programmi di prescrizione dell’attività fisica, rivolti a persone che presentano problemi di salute per i quali questo trattamento è di dimostrata efficacia (patologie sensibili), costruendo a tal fine percorsi assistenziali integrati, secondo il modello sotto descritto, al cui interno i Nuclei delle Cure Primarie e i Centri di Medicina dello sport delle Aziende USL svolgono un ruolo centrale.

Il progetto è finalizzato a sperimentare modalità innovative di presa in carico di problemi di salute largamente diffusi nella popolazione. Esso mette insieme e rende compatibili due esigenze apparentemente contrapposte: da un lato l’obiettivo di portare dentro il SSR l’esercizio fisico, prescritto e somministrato come un farmaco, per persone con malattie sensibili a questo trattamento (prevalentemente malattie cardiovascolari e dismetaboliche), d’altro lato l’esigenza di evitare una inutile medicalizzazione di problemi non suscettibili di trattamenti sanitari appropriati (principalmente disabilità stabilizzata da eventi patologici). In questo modo si intende offrire risposte a bisogni delle persone che oggi non trovano adeguata copertura, con interventi appropriati e sostenibili.

Nel modello organizzativo per la prescrizione personalizzata dell'attività fisica il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS) rappresentano il primo filtro di valutazione delle persone interessate, e possono farsi carico direttamente della prescrizione dell'attività fisica a persone con basso livello di rischio. Le persone con livelli di rischio più consistenti, devono essere indirizzate alla rete di strutture specialistiche ambulatoriali di riferimento (Medicina dello sport, Cardiologia, Diabetologia). Nell'ambito delle strutture specialistiche per la prescrizione dell'attività fisica, un ruolo centrale sarà svolto dal Medico specialista in medicina dello sport, che dovrà possedere specifiche conoscenze per delineare protocolli di esercizio fisico personalizzati, per monitorare in modo efficace l'evoluzione del processo di "riadattamento funzionale" e procedere alla verifica dei risultati progressivamente acquisiti. I Servizi di Medicina dello sport e promozione dell'attività fisica presenti in tutte le AUSL della Regione vengono organizzate in Centri territoriali di Medicina dello sport di primo e secondo livello. Nei centri territoriali di primo livello, attualmente destinati prevalentemente al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica, si procede alla valutazione funzionale semplice di soggetti portatori di patologie sport sensibili a bassa criticità. Si delineano programma di esercizio fisico e si predispongono tabelle di allenamento individuali, in relazione all'età e al rischio clinico potenziale; inoltre, in collegamento funzionale con il Centro di secondo livello, possono essere predisposte analisi nutrizionali e diete personalizzate (in particolare (counselling appropriato) onde evitare abbandoni prematuri.

I centri territoriali di secondo livello (uno per ogni Azienda USL) seguono i pazienti a criticità medio-alta in ambito cardiovascolare e dismetabolico. Qui viene effettuata la valutazione funzionale approfondita, con l'utilizzo di test specifici, e, in collegamento con altri specialisti, vengono fornite indicazioni individualizzate sulla tipologia di attività fisica da svolgere, adattando e personalizzando gli schemi di allenamento in funzione della condizione fisica del soggetto/paziente, dei fattori di rischio presenti, e della eventuale patologia in atto. In questa sede, inoltre, viene svolta una fase di somministrazione controllata e tutorata dell'attività fisica in ambito di Servizio sanitario regionale, fino al momento in cui il paziente può essere inviato ad una struttura esterna al SSR dove la somministrazione di attività fisica è supervisionata da laureati in Scienze motorie, e sottoposta a periodiche valutazioni mediche (vedi schema sotto riportato).

Lo stesso ruolo descritto per i Servizi di Medicina dello sport potrà essere svolto da altre strutture specialistiche delle diverse discipline mediche interessate, secondo le disponibilità presenti sul territorio. In ogni caso occorre rinforzare le sinergie fra strutture di Medicina dello sport e le UO specialistiche di Cardiologia e Diabetologia.

Le costituenti Case della salute, strumento di integrazione professionale o organizzativa tra discipline e professioni diverse, possono favorire la costruzione e l'implementazione dei percorsi descritti.

Infine si sottolinea che il percorso così delineato potrà riguardare, oltre alle persone adulte obese, anche bambini o adolescenti affetti da obesità; il sovrappeso e l'obesità nei bambini rappresentano infatti un problema di salute di grande rilievo, e in continua crescita, che deve essere affrontato, in alcuni casi, anche con una presa in carico da parte del PLS o del medico specialista con le modalità sopra descritte.

Un modello analogo si applicherà ai programmi di Attività fisica non sanitaria – Attività Fisica Adattata (AFA), che sono rivolti a un target diverso, cioè a persone con esiti stabilizzati di patologie neurologiche, del sistema muscolo scheletrico e osteoarticolare che hanno terminato la fase di riabilitazione sanitaria (che ha come obiettivo la modificabilità attiva della disabilità). Nel caso dell'AFA le strutture specialistiche di riferimento sono le UO di Medicina riabilitativa, così come già ora organizzate, gli esercizi sono svolti in gruppo in strutture esterne al SSR e sono guidati da laureati in scienze motorie.

La presa in carico avverrà da parte del MMG o dello specialista fisiatra, in relazione alla intensità del problema e sulla base di protocolli che verranno stilati, con eventuale supervisione del fisioterapista per verificare i risultati ottenuti con l'applicazione degli esercizi individuati.

Il percorso di Attività fisica adattata è dunque finalizzato alla promozione di un'attività fisica regolare – come strategia di intervento per la salute e non di cura della malattia – rivolta al mantenimento dell'abilità motoria in caso di disabilità stabilizzata da eventi patologici. Essa riguarda una serie di condizioni in cui l'approccio sanitario risulta inappropriato, ma al contempo appaiono necessari altri tipi di intervento.

Questo percorso si applica anche a tutte quelle patologie neurologiche o neuromuscolari di tipo cronico o cronico-progressivo, che condizionano pesantemente autonomia, partecipazione e qualità di vita, in cui la cascata del danno secondario e terziario legato all'ipomobilità massimizza il danno primario e contribuisce in larga misura al progressivo abbassamento del profilo funzionale della persona.

A seguito Piano della Prevenzione 2010-2012 la Regione Emilia-Romagna ha dato vita alla DGR del 1/8/2011, n. 1154 – “La prescrizione dell'attività fisica”: Primi indirizzi per l'attuazione del progetto “Palestra Sicura. Prevenzione e benessere”.

Regione Friuli-Venezia Giulia

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

Con la DGR 2843 del 2006 di approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2006-2008, si evince che in Friuli-Venezia Giulia non è stata ancora programmata una modalità integrata per garantire in tutto il territorio regionale una risposta adeguata ai disturbi del comportamento alimentare. Si registra anche una mobilità passiva extraregionale non quantificata, in particolare verso strutture residenziali sociosanitarie.

Il Piano prevede che nel prossimo triennio:

- dovranno essere pianificati interventi di prevenzione attiva (modifica degli stili di vita, educazione alimentare) con interventi nelle scuole, nello sport nelle associazioni ecc. e con la sensibilizzazione degli specialisti, degli MMG e dei PLS;
- dovrà essere organizzata, attraverso la programmazione di area vasta, una rete multidisciplinare di professionisti (tra cui MMG, PLS e servizi distrettuali) in grado di cogliere precocemente i primi sintomi, di fare la diagnosi, di valutare il bisogno in termini multiprofessionali e di programmare un intervento personalizzato.

Il Piano ritiene altresì necessaria la valorizzazione delle esperienze positive sinora realizzate in Friuli-Venezia Giulia; che con successiva normativa (linee guida, linee di gestione annuali) dovranno essere definite a livello regionale le modalità organizzative della risposta multidisciplinare integrata, il coordinamento, le strutture coinvolte, il supporto informativo, gli interventi di formazione e le modalità di risposta ai bisogni residenziali di tipo sociosanitario nonché la sede regionale in cui la struttura verrà collocata.

Il Consiglio regionale, in occasione dell'assestamento del bilancio 2007, ha inserito un ordine del giorno per rafforzare il centro dei disturbi alimentari di San Vito al Tagliamento e creare una struttura residenziale di tipo riabilitativo.

In particolare il PSSR 2006-2008 ha previsto la realizzazione di un Centro residenziale per i disturbi alimentari di valenza regionale nel Comune di San Vito al Tagliamento (già struttura ambulatoriale) e tale previsione è stata confermata oltre che dall'assestamento di bilancio 2007 anche dalle “Linee annuali per la gestione del SSR nel 2009” (DGR 2364/08). Il documento approvato impegna la Giunta a rafforzare il livello ambulatoriale del centro di San Vito al Tagliamento ripristinando la presenza del medico internista attraverso un protocollo di collaborazione con il presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento e dotando l'equipe delle altre figure professionali necessarie. Il Piano ritiene fondamentale altresì garantire una risposta in regime di ricovero per casi a elevata necessità assistenziale e complicità di tipo medico attraverso un protocollo con il reparto di medicina del presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento e a realizzare in provincia di Pordenone una struttura residenziale di tipo riabilitativo, per casi con elevata necessità assistenziale senza complicità mediche, prevista tra l'altro dal Piano Sanitario Regionale che consentirebbe di ridurre la fuga extraregionale con il vantaggio della continuità terapeutica e minori disagi per le famiglie interessate”.

Nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 viene promossa una linea di attività inerente l'Alimentazione e attività fisica nelle prime fasce d'età: Promuovere nuove pratiche nella prima infanzia – da zero a cinque anni – e migliorare la qualità nutrizionale delle mense scolastiche, che riprende i principi approvati in Friuli-Venezia Giulia con il piano triennale 2006-2008 di prevenzione

dell'obesità che vede coinvolti in primis operatori della sanità, delle istituzioni scolastiche, delle organizzazioni sportive, delle Amministrazioni pubbliche, del settore alimentare, ecc.

Dopo un'ampia revisione della letteratura (articoli, revisioni sistematiche, raccomandazioni OMS, Green Paper dell'Unione Europea) e utilizzando esperienze nazionali e internazionali (linee guida e piani nazionali e locali), sono stati identificati gli interventi e le strategie da proporre in tema di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità nei bambini. La maggior parte di questi programmi e progetti sono risultati efficaci nel modificare alcuni comportamenti; ad esempio, nell'aumentare il consumo di frutta e verdura o le ore di attività fisica; nessuno di questi programmi, tuttavia, si è dimostrato inequivocabilmente efficace nel modificare la percentuale dei bambini in sovrappeso e obesi. La mancanza di risultati è stata da molti attribuita al fatto che finora gli interventi sono stati settoriali. L'obesità ha una genesi multifattoriale, per cui è probabile che solo interventi complessi e multisettoriali riescano a prevenirla intervenendo, oltre che sugli stili di vita e i comportamenti, sul *marketing* degli alimenti, sui mass media, sui trasportiecc.; su tutti quei fattori ambientali cioè, che determinano i comportamenti. È risultata quindi evidente la necessità di mettere in atto strategie e interventi multidisciplinari ad ampio spettro e di lunga durata.

Sono state quindi definite le aree di studio e di intervento nella nostra Regione. Nella provincia di Trieste sono stati scelti il comune di Muggia come area di intervento e quello di Duino/Aurisina come area di controllo. Nella provincia di Pordenone sono stati scelti i comuni di Pordenone e di Azzano Decimo.

Nei distretti sanitari interessati dal progetto sono stati identificati i potenziali interlocutori per l'intervento: amministrazioni comunali, associazioni, famiglie, consigli scolastici, distretti e operatori sanitari.

Con questi interlocutori sono state discusse:

- Le informazioni disponibili sul sovrappeso e sull'obesità nei bambini e sulle loro conseguenze per la salute.
- Le strategie raccomandate, con particolare riferimento a quelle indicate dall'OMS, e gli interventi possibili.
- Le evidenze disponibili sugli interventi preventivi già sperimentati in altri luoghi e descritti in letteratura.
- Le modalità di raccolta dei dati locali e i risultati preliminari della ricerca.

Questi stessi interlocutori hanno iniziato ad identificare, assieme ai responsabili del progetto, la combinazione di interventi da realizzare nei comuni, nelle scuole e nei servizi sanitari, e a definire i relativi piani d'azione. È stata creata così una rete di collaborazione e dialogo che ha permesso l'attuazione di interventi combinati.

Parallelamente si è avviata una ricerca per raccogliere dati di base su abitudini alimentari e di attività fisica in un campione di bambini in età scolare (in due fasce d'età: 6-7 e 8-9 anni).

È stato predisposto un database. I dati ottenuti sono stati rielaborati e hanno fornito un quadro generale sulle abitudini alimentari e di attività fisica dei bambini della nostra Regione.

Altre attività collegate al progetto, sia a Trieste che a Pordenone, sono state:

- La progettazione e partecipazione a giornate di formazione con le insegnanti della scuola primaria e della scuola dell'infanzia sulle problematiche relative all'obesità in età pediatrica e i possibili interventi di prevenzione.
- La rilevazione, del BMI in un campione di bambini (e dei rispettivi genitori) del 1° e 5° anno della scuola primaria in tutta l'ASS6.
- Numerosi incontri con il gruppo regionale di pianificazione dell'assessorato alla salute del Friuli-Venezia Giulia per identificare le azioni da inserire nel Piano Regionale della Prevenzione.

Si prevede ora, la presentazione e discussione dei risultati ottenuti con i *partners*, l'elaborazione di articoli scientifici e divulgativi, la stampa e la disseminazione degli articoli. È previsto un *follow up* con raccolta di dati su alimentazione e attività fisica ogni due anni sullo stesso campione di bambini, e il monitoraggio del grado di realizzazione delle attività. In questa fase è prevista la divulgazione tramite mass-media del progetto e la sua pubblicizzazione in modo da ottenere il consenso e la massima adesione della popolazione coinvolta.

Negli anni precedenti la Regione Friuli-Venezia Giulia con il "Patto per la Prevenzione dell'Obesità" ha individuato gli indirizzi per i progetti di promozione dell'attività fisica/motoria e di corretta alimentazione.

Il Documento di indirizzo i cui contenuti sono stati proposti dai tecnici (SIAN, PS, Direzione Salute e Istruzione Sport, Uffici Scolastici) contenente i principi generali è stato formulato in forma di accordo (Generalità 3093/2007). In seguito è stato redatto un documento tecnico specifico su offerta spuntini e bevande in distributori automatici (DGR 1305/2008).

È intervenuto un Protocollo d'intesa tra Direzione Centrale Salute e Promozione Sociale FVG, ANCI FVG e FederSanità ANCI:

- promuovere iniziative di informazione e di comunicazione, volte a sensibilizzare gli attori e gli utenti correlati alla ristorazione scolastica, sui temi di una corretta alimentazione, quale efficace strumento per la prevenzione dei rischi per la salute;
- promuovere/garantire l'accesso e la pratica di una sana alimentazione quale diritto fondamentale per il raggiungimento del migliore stato di salute ottenibile
- elevare il livello qualitativo del servizio erogato attraverso una visione globale e sistemica della qualità totale, tenendo conto degli aspetti igienici, nutrizionali, sensoriali, ambientali, sociali, equi e solidali;
- attivare e dare continuità ad azioni informative, formative e di supporto da parte dei DP delle AASS rivolte al personale amministrativo comunale preposto alla gestione del servizio di refezione scolastica.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, approvato in via preliminare con DGR del 29/12/2010, n. 2757, prevede per la protezione e la promozione della salute degli anziani, il seguente progetto regionale:

- Anziani in sicurezza – Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana (>65 anni).
- Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico, con particolare riferimento alla frattura di femore
- L'obiettivo specifico del progetto prevede la condivisione fra gli operatori sanitari di criteri omogenei per informazione di pazienti e *caregiver* in tutte le tappe del percorso assistenziale riferito al target > 65 anni.

Nell'ambito dell'obiettivo di salute: Prevenire la disabilità e mortalità degli eventi da incidente domestico negli anziani garantendo programmi organizzati di promozione e prevenzione anche in alleanza con altri portatori di interesse, sono previste azioni specifiche per l'attuazione del progetto:

- Identificazione rete interlocutori (stakeholder e istituzioni INAIL, comuni, Federsanità ANCI, province, gestori case riposo, centri formazione per l'assistenza anziano-badanti e *caregiver* – centri aggregazione popolazione anziana, Università III età, aziende per l'edilizia residenziale) per formazione a cascata.
- Alleanza con commercianti arredamento e associazioni categoria.
- Realizzazione pacchetto formativo regionale da parte degli operatori sanitari e *stakeholders* diffusione pacchetto in base alle peculiarità dei territori in Case di riposo, Centri Diurni, Comuni-Ambiti, centri di aggregazione popolazione anziana, centri commerciali di arredamento, eventi pubblici (fiere – festival e momenti di incontro con la popolazione).

Promozione attività fisica

In Alto Friuli l'attività fisica è praticata in modo non ancora sufficiente e molti miglioramenti sono possibili, in particolare nelle persone sopra ai 50 anni. Si stima infatti che meno di una persona adulta su due (42%) pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre il 14% può essere considerato completamente sedentario.

La Regione Friuli-Venezia Giulia con il "Patto per la Prevenzione dell'Obesità" ha promosso la pratica dell'attività fisica/motoria con azioni sia sui determinanti ambientali sia sui comportamenti individuali.

La Regione Friuli-Venezia Giulia, tramite il Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie, l'Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, la Società Italiana di Medicina Generale e GlaxoSmithKline hanno avviato un progetto pilota "benattivi" per la promozione dell'attività fisica nei pazienti affetti da diabete di tipo II e per la valutazione dei benefici di tale pratica.

Il riconoscimento ufficiale dell'AFA è avvenuto da parte della Regione Friuli-Venezia Giulia nel 2007 che ha affidato alla Azienda n. 4 "Medio Friuli" il ruolo di promuovere i programmi nel 2008, avendo il centro coordinatore sito all'interno dell'Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione.

Sono stati sviluppati e attuati quattro programmi specifici di attività fisiche adattate cosiddetti "speciali", rivolti a:

- soggetti con morbo di Parkinson (per quanto concerne un aspetto di comunicazione, quale la parola);
- soggetti di sesso femminile con rachialgia e/o disfunzione perineale nel periodo peri-menopausale (incontinenza urinaria e/o prolasso genitale di grado lieve-medio);
- soggetti con sindrome fibromialgica e a persone colpite da ictus.

Nell'ambito delle iniziative di promozione alla salute di prevenzione, l'Amministrazione Comunale ha aderito al progetto della Rete Regionale Città Sane, "Più vita agli anni. L'obiettivo principale è la promozione della salute e di sani stili di vita nella comunità nonché la creazione di ambienti favorevoli e di opportunità per l'attività fisica, tramite un'azione dedicata alla popolazione adulta e anziana volta a facilitare e incoraggiare comportamenti che aiutino a prevenire l'insorgenza delle malattie cronico degenerative oggi in aumento (quali una sana alimentazione, la moderazione nel consumo di alcol, l'astensione dal fumo e lo svolgimento di una regolare attività fisica). È ormai noto, infatti, che una buona salute, forma e condizione fisica, di conseguenza, anche un buon invecchiamento, sono garantiti da uno stile di vita sano lungo l'intero arco della vita, in particolare da corrette abitudini alimentari e dal movimento fisico. La caratteristica innovativa della proposta è quella di voler unire l'utile al dilettevole, veicolando questi messaggi attraverso modalità coinvolgenti e divertenti quali il cinema o la possibilità di socializzazione.

Il progetto prevede infatti due fasi, una prima volta ad offrire degli spunti di riflessione sul valore del cibo e del nostro mangiare, e una seconda fase volta ad incoraggiare la mobilità delle persone, soprattutto anziane, con la realizzazione di "gruppi di cammino, facendo loro riscoprire il piacere dello stare insieme e del conoscere realtà del proprio territorio a volte poco valorizzate.

Regione Lazio

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

Con Legge Regionale 28/4/2006, n. 4 all'art. 154 la Regione riconosce l'obesità quale malattia di particolare rilevanza sociale. L'attività di prevenzione, diagnosi e cura dell'obesità è assicurata presso ciascuna ASL dal DP.

La Regione Lazio, tenendo conto della rilevanza del fenomeno obesità, dell'evidenza scientifica disponibile e della pianificazione sanitaria nazionale e regionale, ha deciso di adottare una strategia di intervento per la riduzione e la prevenzione del sovrappeso, articolata in due sottoprogetti con la DGR del 6/2/2007, n. 62 – La direttiva ha modificato la DGR del 23/12/2005, n. 1166 per la parte relativa al progetto Piano per la sorveglianza e prevenzione dell'obesità nella Regione Lazio articolandolo in due sottoprogetti:

- Sottoprogetto 1. Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso in età evolutiva nella Regione Lazio;
- Sottoprogetto 2. Sorveglianza e prevenzione dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione adulta della Regione Lazio.

Altro progetto di tipo interregionale che ha coinvolto anche la Regione Lazio è il Progetto CCM "OKkio alla ristorazione" volto promozione della corretta alimentazione presso la ristorazione collettiva (con altre 5 Regioni, tra cui Sicilia capofila, Emilia-Romagna, Campania, Marche e Veneto "finalizzato al miglioramento dell'offerta nutrizionale attraverso la ristorazione collettiva e al monitoraggio dei consumi

di frutta e verdura attraverso la costituzione di una rete inter-regionale composta dai SIAN delle ASL e dalle aziende di ristorazione collettiva per promuovere la diffusione e adozione di corretti stili alimentari.

Il riconoscimento e la gestione dei disturbi del comportamento alimentare è ad oggi affidato, nella Regione Lazio, per la gran parte, ad una serie molteplice di strutture e di servizi: dipartimenti materno-infantili, consultori adolescenziali e familiari, servizi per la salute mentale in età evolutiva, dipartimenti di salute mentale, dipartimenti di igiene e prevenzione, servizi di riabilitazione, servizi per le tossicodipendenze, servizi ambulatoriali e ospedalieri di medicina generale o specialistica e in, numero sempre crescente, al settore privato.

“Queste strutture operano spesso senza una precisa definizione dei limiti rispettivi di competenza, quindi con vuoti e sovrapposizioni e, soprattutto, senza canali precostituiti e fluidi per lo scambio di informazioni, la collaborazione e l’invio. Inoltre, ed è fondamentale, manca nella Regione Lazio un registro della malattia, uno strumento utile e fondamentale per conoscere la casistica esatta.

Per questo motivo si ritiene sia necessario e non più procrastinabile far approvare la proposta di legge (n. 373 del 28/2/2008 “Norme per la prevenzione, diagnosi e cura dell’anoressia, della bulimia e degli altri disturbi del comportamento alimentare”), che allo stato attuale non è stata ancora varata. Questa proposta ha come specifica finalità la salvaguardia della salute dei cittadini attraverso l’attivazione di interventi diretti alla prevenzione, diagnosi e cura dell’anoressia, della bulimia e degli altri disturbi del comportamento alimentare.

Recentemente all’interno della Legge Regionale del 24/12/2010, n. 9 Disposizioni collegate alla Legge finanziaria regionale per l’esercizio finanziario 2011 (art. 12, comma 1, Legge Regionale del 20/11/2001, n. 25), la Regione, ha previsto nell’ambito delle finalità politico sociali amministrative di promozione e salvaguardia della salute pubblica, l’attivazione di interventi diretti alla prevenzione, alla cura e alla diagnosi dell’anoressia, della bulimia e di tutti i disturbi del comportamento alimentare.

Prevenzione della disabilità degli anziani

A livello programmatico strumento fondamentale nella strategia organizzativa della Regione Lazio è il *Piano regionale di Prevenzione 2010-2012, approvato con DGR 29/12/2010, n. 613*.

Il Piano Regionale ha diversi obiettivi che riguardano tutte le fasce di età, e in particolare alcuni che sono mirati alla popolazione anziana. Tra i primi, si segnala il Progetto “Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell’empowerment dei cittadini”, volto alla prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze).

I progetti di tale Piano rivolti alla popolazione anziana sono riportati sinteticamente di seguito:

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

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

- a. Promozione di comunicazione e iniziative organizzate miranti a promuovere l’attività fisica negli anziani.
- b. la riduzione dei rischi da trauma domestico

Obiettivo di salute: aumentare la consapevolezza degli anziani di oltre 65 anni su come rendere la casa più sicura e sull’importanza dell’attività fisica per prevenire le cadute.

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

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

Il Piano auspica l’avvio di gruppi di cammino per anziani, che oltre ad incrementare l’esercizio fisico nella vita quotidiana, rappresentano un modo per svolgere un’attività accessibile a tutti, in

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

- *Monitoraggio della copertura e della qualità percepita degli interventi sociosanitari nella popolazione degli anziani – Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza.*

Nel Lazio, sono attivi numerosi sistemi informativi sanitari a copertura regionale capaci di fornire informazioni sistematiche sulle caratteristiche socio-demografiche e clinico-assistenziali delle persone che accedono ai servizi sanitari. La Regione, inoltre, ha aderito al progetto CCM che prevede la sperimentazione, in 16 fra Regioni e PA italiane, di un sistema di monitoraggio dei bisogni di salute e in particolare della disabilità e del rischio di disabilità. Nel Lazio questa sperimentazione ha coinvolto le ASL di Latina, Viterbo e Roma E, permettendo di raccogliere informazioni su campioni rappresentativi della popolazione anziana e/o di testare le procedure di sorveglianza. Gli indicatori misurati dalla sperimentazione PASSI d'Argento indicano che in circa il 40% della popolazione anziana sono presenti fattori di rischio comportamentali, sociali e di disabilità.

La sperimentazione ha inoltre mostrato che nella popolazione anziana risultata portatrice di disabilità, vi sono ampi spazi d'azione per arginare l'evoluzione verso la disabilità e per il miglioramento della qualità dell'assistenza e delle azioni di prevenzione.

Obiettivi di salute e obiettivi di processo perseguiti: Implementazione, entro il 2012, del Sistema di Sorveglianza PASSI D'ARGENTO nel territorio regionale con definizione di un piano di comunicazione mirato dei risultati, che consenta di:

- Disegnare un profilo della popolazione anziana basato sulle ADL e IADL, dinamico e utile alla programmazione e al monitoraggio degli interventi, che fornisca stime attendibili sulla distribuzione della popolazione anziana in sottogruppi corrispondenti a diversi target di intervento da parte dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.
- Mettere a regime un rilevamento periodico di un pool di indicatori sulla qualità di vita, sulle condizioni di salute, sulla copertura delle attività di prevenzione e assistenziali, sulla qualità dell'assistenza della popolazione anziana capace di integrare le informazioni esistenti a livello regionale e locale.
- Promuovere competenze e qualità professionale all'interno dei servizi del settore sociale e sanitario e favorire l'adozione o il miglioramento di interventi miranti a garantire la qualità delle attività di prevenzione e della continuità assistenziale attraverso il diretto coinvolgimento di questi servizi nelle attività di monitoraggio e interpretazione congiunta dei risultati.
- Sviluppare una strategia comunicativa mirata che, a partire dai risultati della sorveglianza, permetta di indirizzare in maniera più razionale ed efficace azioni e strategie di intervento settoriali e intersettoriali.

Precedentemente al Piano Regione di Prevenzione, è intervenuta la DGR del 3/8/2006, n. 500 – “Piano di utilizzazione biennale 2006-2007 degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi socio-assistenziali. Approvazione documento concernente «Linee-guida ai comuni per l'utilizzazione delle risorse per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali». La delibera prevede interventi in favore di anziani autosufficienti con l'attuazione di politiche sociali per gli anziani che prevedono lo sviluppo di programmi improntati ad una visione positiva della terza età e di iniziative che valorizzano l'anziano come una risorsa della società.

In questo quadro, i progetti operativi devono prevedere misure e servizi per anziani volti a:

- contrastare l'emarginazione e favorire le attività di socializzazione e reinserimento sociale;
- inserimento in attività socialmente utili;
- sviluppare strutture residenziali e semi-residenziali socio-assistenziali (case famiglia, comunità alloggio, case di riposo, case albergo);
- tutelare la donna anziana in relazione alla maggiore aspettativa di vita rispetto all'uomo;
- promuovere iniziative che favoriscono lo scambio tra generazioni;
- promuovere programmi che favoriscono la protezione della salute e del benessere lungo tutto l'arco della vita.

Promozione attività fisica

Nell'ambito delle linee guida del "Piano Nazionale della Prevenzione" del CCM (Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie), nella Regione Lazio è stato avviato il progetto scientifico, assegnato dall'VIII Municipio "Le Torri" del comune di Roma, denominato "Miglioramento dell'Autosufficienza nell'anziano". Il progetto è stato attuato grazie alla costituzione di reti tra ASL, i Servizi sociali dei Comuni, i Centri Anziani ecc. Il progetto finalizzato a favorire l'invecchiamento in buona salute della popolazione anziana, ruotava attorno ad un programma approfondito nel campo della prevenzione e dell'educazione motoria adattata nella progettazione, conduzione e gestione delle attività motorie per gli anziani; nel recupero delle patologie correlate a scorretti stili di vita, come la sedentarietà, per:

- Migliorare il tono dell'umore.
- Percepire un senso di benessere generale.
- Aumentare la forza e la capacità funzionale.
- Aumentare l'autostima.
- Rallentare i processi legati all'invecchiamento.
- Coadiuvare la socializzazione (infatti le attività sono tutte praticate in gruppi).

Il Progetto "La vita in più!" prevede la sperimentazione di un modello di intervento integrato socio-sanitario per la prevenzione dei rischi delle temperature eccessive rivolto alla popolazione ultrasettantacinquenne del municipio "centro storico" del Comune di Roma, che si pone in attuazione della Deliberazione del 25/1/2008, allegato B del Comune di Roma nella parte che concerne la costituzione dei «Poli sperimentali integrati per il benessere delle persone anziane e lo sviluppo dei rapporti intergenerazionali». Il Progetto, negli anni della sua sperimentazione, ha consolidato e implementato un modello di intervento innovativo che, oltre ai risultati che si era prefissato, ha potuto raggiungere l'obiettivo impegnativo, a solo pochi anni dall'inizio della sperimentazione, di divenire un tassello fondamentale dei 6 poli sperimentali che la Regione Lazio sta avviando nelle 5 province regionali (nel Comune di Roma sarà realizzato uno specifico Polo supplementare). La prossima ulteriore sperimentazione del modello del Progetto in tutte le province laziali rappresenterà un passaggio fondamentale per la sua completa verifica, secondo una graduale implementazione modulare e il suo inserimento organico nel sistema di interventi a fianco e a rinforzo dei servizi domiciliari e residenziali tradizionali, sociali e sanitari, rivolti alla popolazione anziana.

Il Programma ha avuto l'obiettivo specifico di mettere la popolazione anziana ultra75enni al riparo dai fattori di rischio derivanti dagli eventi critici sfruttando e promuovendo il ruolo protettivo delle reti di supporto sociale (portieri, vicini di casa, volontari, negozianti, medici di famiglia, assistenti a pagamento ecc.) e con il coinvolgimento dei diversi soggetti (MMG, day hospital geriatrici, ospedali, CAD, UVG, servizi domiciliari comunali, ecc.).

Regione Liguria

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

Particolare attenzione è stato dato all'approfondimento del tema dell'obesità considerati i numeri della Regione Liguria per questo tema. Infatti, il 30% del campione ligure è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 7%. L'eccesso ponderale è trattato nel 28% dei casi con dieta. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 15% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno. Dall'indagine OKkio alla SALUTE 2008 si evidenzia che il 22% di bambini frequentanti la classe terza elementare risulta sovrappeso, mentre il 7% è obeso.

Nel febbraio 2008 è stato istituito presso l'Agenzia Regionale Sanitaria della Liguria (ARS) un gruppo tecnico sui disturbi del comportamento alimentare. L'esigenza di attivare un gruppo di questo tipo nasceva dalla necessità di rivalutare, dopo sei anni dall'entrata in vigore, il contenuto della DGR n. 843 del 26/7/2002 "Indicazioni alle Aziende Sanitarie in materia di DCA con riguardo alla anoressia e alla

bulimia” che approvava gli “Standard minimi di riferimento in prevenzione, diagnosi e trattamento dei DCA nelle ASL liguri”.

Per prima cosa è stata effettuata una ricognizione dei servizi che a diverso titolo si occupano in Liguria di DCA e si è verificato che nel frattempo gli attori si erano parzialmente modificati per cui si è proceduto ad una revisione del gruppo di lavoro istituito dalla DGR n. 464 del 17/5/2002.

Il Gruppo di lavoro ha operato su due differenti versanti:

- La diagnosi e la presa in carico delle persone affette da DCA.
- La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare e contestuale messa a punto di un opportuno piano formativo per gli operatori del settore.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007, in parte, prevede alcuni ambiti di intervento tra cui la sorveglianza e prevenzione dell’obesità. A seguito della delibera, n. 58, di approvazione del Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007, si è provveduto con atto successivo allo sviluppo di alcune azioni relative a sostegno dei disturbi del comportamento alimentare.

Il Piano regionale per la sorveglianza e prevenzione dell’obesità prevede in particolare:

- *A.A.A.: Alimentazione, Attività, Abitudini - programma* educativo per la prevenzione dell’obesità e delle patologie associate nella Regione Liguria;
- interventi di prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare e attività di counselling nutrizionale. Trattasi di un progetto educativo, rivolto a docenti e allievi delle scuole medie inferiori genovesi. Il progetto è coordinato dalla UO IAN della ASL 3 Genovese in collaborazione con il personale del Centro DCA della stessa ASL.

Anche il Piano Regione della Prevenzione 2010-2012 ripropone nell’ambito della prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, ecc.):

- *OKkio alle 3A (Alimentazione, Attività motoria & Abitudini)* e la prevenzione dei DCA nell’ambito dei disturbi psichiatrici.

Prevenzione della disabilità degli anziani

La Liguria rappresenta un laboratorio d’eccezione per quanto attiene le tematiche relative agli anziani, dal Fondo per la Non Autosufficienza all’integrazione socio-sanitaria, al sistema di assistenza domiciliare integrata.

La Liguria è la Regione più anziana del Paese. I dati demografici 2010 in Liguria rilevano che il 26,8% della popolazione è ultrasessantacinquenne e stimano che tra 20 anni una persona su tre in Liguria avrà oltre 65 anni. In relazione a tale dato nella programmazione sanitaria regionale e in particolare nei Piani Sanitari Regionali, la Regione, ha individuato diversi obiettivi volti a sostenere gli anziani, sia sotto il profilo sociale che sanitario, e le loro famiglie nell’attività complessiva di assistenza.

Per gli aspetti di programmazione generale, va ricordato prima di tutto il Piano Sociosanitario Regionale 2009-2011. Il Piano prevede una organizzazione del sistema sanitario a reti verticali e orizzontali; tra cui l’area della (cronicità) oggi meglio individuate come “fragilità”, per la componente di instabilità clinica e di comorbilità. In questi termini i diversi gruppi del Piano che hanno dibattuto le tematiche della riabilitazione, della disabilità, degli anziani e della cronicità hanno concordato, per queste fasce di popolazione, su “percorsi terapeutici” omogenei, che incrociano in maniera simile i diversi punti delle attuali reti assistenziali per configurarsi in una unica rete che risponda a tutte le categorie fragili.

La rete Fragilità/Cronicità/Percorsi Riabilitativi, raggruppa aree di patologie/fragilità (già declinate puntualmente nelle reti orizzontali), caratterizzate da condizioni omogenee di instabilità clinica e di polipatologia, che richiedono processi assistenziali e prestazioni simili:

- malattie croniche evolutive;
- anziani ad elevata comorbilità;
- demenze;
- esiti di patologie dell’età evolutiva (disabilità);
- menomazioni perduranti da esiti di eventi morbosi acuti (cronicità);
- cure palliative.

I criteri che hanno guidato il raccordo in unica rete delle aree patologiche sopra indicate si fondano su un'epidemiologia fortemente caratterizzata dalla lungo-assistenza e dalla necessità di forti supporti protettivi di tipo familiare, domiciliare o residenziale.

Gli attori istituzionali: ASL, Aziende ospedaliere e Distretti Sociosanitari con la partecipazione attiva dei Comuni associati, si avvalgono delle competenze di cura della famiglia e di apporti forniti da Terzo settore e dal Volontariato.

Per tutte le strutture di degenza riconducibili alla rete cronicità (oncologia, ecc.) si prevede la definizione di piani per potenziare una specifica assistenza anche nelle ore notturne, attraverso l'impiego di operatori sociosanitari, adeguatamente formati e impiegati anche attraverso organizzazioni terze, in condizioni di lavoro regolare e trasparente, adottando un apposito provvedimento regionale che definisce le modalità di accesso.

Gli uffici formazione curano la possibilità di accedere ai corsi per operatore sociosanitario di personale in mobilità o in Cassa integrazione guadagni.

Il modello operativo dei servizi di prossimità in collegamento con la rete per la non autosufficienza (DGR 537/2006 e DGR 414/2007) è finalizzato ad intercettare in maniera preventiva le situazioni di rischio e di bisogno, e si configura quale servizio sociosanitario "a bassa soglia" di carattere innovativo, coordinato alla rete distrettuale sociosanitaria e collegato alle risorse della solidarietà sociale. Il modello operativo implementato prevede le seguenti azioni, coordinate a livello di Distretto Sociosanitario:

- custodi sociosanitari (operatori con esperienza di aiuto personale a soggetti non autosufficienti) per verifica quotidiana delle persone ultrasettantacinquenni "a rischio" rispetto alle ondate di calore estive;
- *call center* a valenza regionale, a favore di tutta la popolazione anziana con funzioni di informazione, orientamento, aiuto e compagnia telefonica e di collegamento con i servizi sociosanitari e la rete informale di solidarietà sociale;
- collegamento con i servizi domiciliari e residenziali di ASL e Comuni, gestiti o accreditati;
- sviluppo dei servizi di prossimità, con il supporto di una rete informale di soggetti del terzo settore e della solidarietà sociale;
- sviluppo della rete informale di aiuto e pronto intervento, composta da soggetti istituzionali (Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco, Vigili Urbani, Ambiti territoriali sociali, Distretti Sociosanitari, Servizi sanitari, MMG, Servizi Meteo, ecc.) e servizi commerciali.

La prevenzione e la tutela della popolazione anziana sono obiettivi da sempre presenti. Tra i numerosi atti deliberativi si ricordano i seguenti:

- Legge Regionale 12/2006 – "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari". Nella Legge viene sancito: la Regione tutela e valorizza la persona anziana sia come risorsa e soggetto della rete di protezione sociale, sia come beneficiaria delle prestazioni erogate dal sistema integrato, in particolare promuovendo politiche per l'invecchiamento attivo dell'anziano.
- Alla fine della scorsa legislatura la Regione Liguria ha messo in campo un'importante legge a favore dell'invecchiamento attivo, la Legge Regionale del 3/11/2009, n. 48, che "intende valorizzare la persona anziana, ultra sessantenne, affinché possa continuare a realizzare, per tutto l'arco della vita, un progetto gratificante, socialmente dignitoso, dotato di senso per sé e per la comunità di appartenenza", promuovendo e sostenendo le politiche a favore degli anziani, per favorirne un invecchiamento attivo e contrastare così i possibili frequenti fenomeni di esclusione e discriminazione.
- La Legge Regionale 48/09 per la promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo, può essere indicata come il "frutto" di una felice collaborazione con la Regione Liguria, vanno citate anche la DGR 1549/2010 sulla Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo al fine di avviare iniziative da realizzare a livello di distretto sociosanitario, la circolare del 14/2/2011 in cui vengono indicate le azioni regionali, distrettuali e delle rete delle associazioni.

Altro atto programmatico particolarmente attento alla promozione della salute degli anziani è il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, approvato con DGR del 17/12/2010, n.1545. Il nuovo Piano Prevenzione Regionale 2010-2012 prende avvio dai PRP 2005-2007 e successive proroghe 2008 e 2009. La scelta di dare continuità alla programmazione passata va vista nell'ottica di perseguire il completo raggiungimento degli obiettivi precedentemente stabiliti e nel soddisfare appieno le priorità di salute della popolazione. Il Piano comprende diversi interventi per tutte le fasce di età; inoltre ha un programma

dedicato alla Protezione e promozione della salute negli anziani, che a sua volta prevede i seguenti progetti:

- *Sostenibilità del Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento*
Prevede la realizzazione di attività che consentano l'implementazione del sistema in almeno tre ASL liguri entro il 2012, attraverso opportune modalità di integrazione sociosanitaria e il coinvolgimento dei portatori di interesse a livello regionale e locale (Comuni; Distretti Sociosanitari; Associazioni; Università di Genova, Corso di Laurea specialistica in Direzione Sociale e Servizi alla persona e Corso di laurea in Assistenza Sanitaria).
Obiettivo generale di salute: sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute; prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronic-degenerative, attraverso:
 - l'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte;
 - la protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività;
 - la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità.
- *Gruppi di cammino nelle ASL liguri*
Il progetto dei Gruppi di Cammino nelle ASL liguri è attivo dal 2008 in quanto inserito nel Piano Regionale della Prevenzione e dal 2009 si avvale di uno specifico finanziamento del CCM inerente l'area "Sostegno alle Regioni per l'implementazione del PNP e di Guadagnare Salute".
Target primario: gli anziani e gli adulti sopra i 40 anni. Obiettivi di salute: Aumento conoscenze e competenze della popolazione adulta/anziana in merito ai benefici derivanti da uno stile di vita fisicamente attivo. La pratica regolare di attività fisica moderata è un fattore protettivo nei confronti di molte malattie croniche, nonché della riduzione delle capacità cognitive e dello stato di depressione e di disabilità che possono accompagnare l'invecchiamento.
Il Programma prevede la realizzazione di almeno 24 Gruppi di cammino nel territorio delle ASL liguri, entro il 2012, attraverso il coinvolgimento dei portatori di interesse a livello regionale e locale (Università di Genova, Corso di Laurea in Scienze Motorie; UISP; Comuni, Municipi; Distretti Sociosanitari; Associazioni).
Sono previsti, inoltre altri progetti di interesse per la popolazione anziana, quali:
 - *Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico*
Obiettivi di salute: Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana. Incremento dell'attività motoria e riduzione dell'obesità.
 - *"Allunga la Vista: progetto di prevenzione delle malattie degenerative oculari che generano rischio di cecità e ipovisione V edizione"*.
È un programma di prevenzione dell'ipovisione inizialmente rivolto a circa 3.500 soggetti di età >65 anni considerati a rischio, residenti nel territorio di competenza dell'ASL 3 genovese; si prevede negli anni successivi un ampliamento della numerosità della popolazione target a cui somministrare il test, con coinvolgimento di tutte le ASL liguri. Il test offre la diagnosi precoce delle malattie degenerative dell'apparato visivo e introduce nella pratica clinica la valutazione del rischio.

Promozione attività fisica

È completamente sedentario il 21% della popolazione tra i 18 e i 69 anni (PASSI 2008) e il 51% della popolazione ultra64enne (PASSI d'Argento ASL 3 Genovese); il 41% della popolazione 18-69 anni aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica.

Nell'area "Guadagnare Salute" del Piano Regionale di Prevenzione della Liguria 2010-2012 si è tenuto in considerazione quanto evidenziato dalla letteratura scientifica e dai dati epidemiologici locali (PASSI, PASSI d'Argento e OKkio alla SALUTE) e la promozione dell'attività fisica è stata inserita in diverse linee progettuali del Piano.

In particolare in Liguria, con riferimento all'età adulta e anziana è stato promosso, in collaborazione con gli enti locali, l'Università (Corso di Laurea in Scienze Motorie) e le associazioni (UISP: Unione

Italiana Sport per tutti), il progetto “Liguria Cammina”, che si pone come obiettivi, oltre all’acquisizione di uno stile di vita attivo, la prevenzione delle cadute e il contrasto all’isolamento sociale.

In riferimento all’età evolutiva un altro progetto implementato è il “Pedibus” che fa parte del PRP 2010-2012 ed è integrato con altre azioni finalizzate alla promozione di stili sani di vita in tutte le fasce di età. Tutte le ASL liguri hanno partecipato al progetto coinvolgendo operatori dei dipartimenti di prevenzione, dei servizi consultoriali e dei servizi di educazione sanitaria nonché gli enti locali, le famiglie, le scuole e il mondo delle associazioni, al fine di favorire l’acquisizione di uno stile di vita attivo da parte dei bambini e delle loro famiglie, attraverso la realizzazione di percorsi pedonali sicuri casa-scuola. I Dipartimenti di Prevenzione e di Cure Primarie delle ASL liguri, in collaborazione con gli educatori delle scuole materne, hanno dato vita al progetto “OKkio alle 3A” che, collegandosi direttamente ai risultati dell’indagine OKkio alla SALUTE (in Liguria la percentuale dei bambini non fisicamente attivi è pari al 24% e quella dei bambini in eccesso ponderale è pari al 29%), promuove una corretta alimentazione e uno stile di vita attivo attraverso una serie di attività ludico/educative progettate insieme da educatori, famiglie e bambini delle scuole materne.

La campagna “Amico cuore” si inserisce nell’ambito del Piano di prevenzione attiva del rischio cardiovascolare realizzato da Regione Liguria e le ASL Liguri per diffondere fra i cittadini la cultura della promozione della salute e, in particolare, della prevenzione cardiovascolare. Il progetto promuove la diffusione dell’utilizzo della carta o del punteggio di rischio cardiovascolare e assicura un intervento di counselling con promozione di un’attività fisica regolare.

Regione Lombardia

Prevenzione dell’obesità e del sovrappeso

Già il PSSR 2007-2009 prevedeva l’implementazione di interventi di educazione sanitaria e in particolare alimentare in numerose fra le sue nove “linee di intervento prioritario”. Nelle Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2008, approvate con DGR n. 5743 del 31/10/2007, si prescrive – relativamente alle attività di promozione della salute – che “le ASL, a partire dai Dipartimenti Medico e Veterinario, ma con l’obiettivo di estendere ad altre strutture aziendali, predisporranno per le attività di prevenzione specifici indirizzi [...] relativi alle aree di prevenzione e profilassi delle malattie infettive, promozione della salute, con particolare riguardo a corretti stili di vita, diagnosi precoce e screening oncologici, prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, prevenzione veterinaria”, da allegare al documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari che ciascuna ASL ha l’obbligo di predisporre annualmente.

Infine, la Regione si impegna a finanziare “progetti innovativi nell’ambito dell’educazione alla salute e della prevenzione primaria dei tumori”.

Le Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2009 (DGR n. 8501 del 26/11/2008) prescrivono alle ASL di predisporre un vero e proprio Piano integrato per le attività di promozione della salute, prevenzione e controllo, che dia evidenza di:

1. “ 1. analisi del contesto sotto il profilo epidemiologico e del territorio, con individuazione delle priorità di salute e indicazione delle relative motivazioni;
2. attività, in coerenza con le priorità di cui al precedente punto, e rispettivi obiettivi che comprendano:
 - attività di sorveglianza e analisi epidemiologica, comprendente i sistemi di rilevazione/registri di patologia, le caratteristiche demografiche e territoriali, le prestazioni erogate;
 - attività di promozione della salute, con particolare riguardo a corretti stili di vita [...];
 - attività di profilassi e controllo delle malattie trasmissibili sia nel settore umano che in quello zootecnico;
 - attività di screening oncologico, in linea con i provvedimenti regionali con particolare riguardo ai requisiti di qualità;
 - attività di vigilanza e controllo negli ambienti di vita e di lavoro e nel settore della sicurezza alimentare e della sanità veterinaria;
3. modalità di monitoraggio e rendicontazione delle predette attività.”

L'obbligo per le ASL della redazione del Piano Integrato viene confermato per il 2009 e il 2010.

La politica di prevenzione dell'obesità in Regione Lombardia si basa sul sostegno metodologico alle ASL in chiave di intersectorialità, integrazione ed efficacia in un'ottica di promozione della salute.

Al fine di promuovere la Prevenzione dell'obesità sono stati predisposti interventi di politiche di promozione della salute ed è stato monitorato il fenomeno mediante il recupero e l'integrazione dei dati epidemiologici disponibili sull'obesità diretti o derivati dalle patologie ad essa correlate.

In particolare per favorire l'integrazione è stata emanata la seguente normativa:

- Decreti n. 2078 del 27/2/2006 e n. 7953 dell'11/7/2007 "Istituzione della Commissione regionale interistituzionale "Promozione della salute e stili di vita sani".
- Decreto n. 7953 dell'11/9/2006 "Linee di indirizzo per le ASL – con relativi finanziamenti vincolati – per la predisposizione di un "Programma di promozione di stili di vita sani".
- Protocollo d'intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale per le attività di promozione ed educazione alla salute nelle scuole siglato il 22/3/2006.
- DGR VIII/6222 del 19/12/2007, allegato "Valutazione d'efficacia e definizione di un modello integrato di promozione della salute".
- Circolare 21130, del 28/05/08 "Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione integrata ospedale-territorio del sovrappeso e dell'obesità 2008-2010."
- Circolare 21/san/2008 del 3/12/2008 "Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Integrati Locali degli interventi di Promozione della Salute".

Linee di indirizzo della Regione Lombardia per la "Prevenzione e gestione integrata Ospedale-Territorio del sovrappeso e dell'obesità in Lombardia" per il Triennio 2008-2010, che prevedono che ogni azienda sanitaria definisca un programma di interventi finalizzati a prevenire e trattare il sovrappeso e l'obesità, indirizzate alle ASL, alle Aziende Ospedaliere, IRCCS pubblici e privati, Case di Cura private accreditate e Ospedali Classificati.

Il documento raccomanda di garantire l'appropriatezza e la continuità di cura tra ospedale e territorio per la prevenzione e il trattamento dell'obesità/sovrappeso nell'adulto.

Ai medici delle strutture ospedaliere la Regione Lombardia chiede, in occasione di ogni ricovero, di verificare sistematicamente lo stato nutrizionale mediante il calcolo della massa corporea.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Si vuole qui sottolineare una serie di azioni e di progettualità volte a consolidare e potenziare la rete dei servizi socio-sanitari al fine di consentire una reale continuità e completezza della presa in carico degli anziani e a favorire un invecchiamento in salute. Tra le più recenti, vanno citate quelle previste dal Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, approvato con DGR del 29/12/2010, n. 1175, nel quale sono stati codificati vari interventi:

- *Progetto: Prevenire le lesioni in seguito ad incidenti in ambiente domestico* (target anziani e target pediatrico).
 - Per il target anziani mira a consolidare i progetti realizzati in ambito locale negli anni passati a livello locale (es. Progetto tartaruga) nonché promuovere interventi favorevoli attività motoria e finalizzati al miglioramento dell'equilibrio posturale quale fattore protettivo delle cadute, con particolare attenzione ai gruppi di cammino.
- *Programma: Contribuire al miglioramento della rete dei servizi di assistenza ad anziani e disabili*
Analizzare i dati epidemiologici e delle prestazioni fornendo un quadro complessivo ai decisori.
Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative attraverso:
 - L'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dalla disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte;
 - la protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività;
 - la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità;
 - l'introduzione di elementi favorevoli l'integrazione dell'anziano e disabile nella pianificazione urbanistica ed edilizia (strutture abitative ma anche residenziali collettive).

Promozione attività fisica

Nella Regione Lombardia, pur risultando dati meno negativi rispetto alla media nazionale, le ultime rilevazioni (ISTAT 2008) evidenziano che tra le persone di 18 anni e oltre vi era il 9,6% di obesi e il 33% di sovrappeso.

Gli effetti positivi dell'attività fisica sulla patologia cronica non trasmissibile (da quella cardiovascolare, al diabete, all'obesità, alla osteoporosi e ad alcune patologie neoplastiche quali il cancro del colon e della mammella) sono solidamente documentati. All'inverso, sono altrettanto ben noti il peso epidemiologico delle malattie croniche e il ruolo di fattore di rischio nei confronti delle stesse rappresentato dalla sedentarietà.

Appunto per tale duplice motivo, la promozione dell'attività fisica, da una parte rientra tra le "priorità chiave" nelle politiche di sanità pubblica dell'Unione Europea e dell'OMS e, dall'altra rappresenta una direttrice lungo la quale si è già instradato il nostro Paese, come può ben dedursi sia dai Piani regionali di prevenzione (scaturiti dal Piano nazionale della prevenzione e che hanno generalmente previsto specifici interventi volti ad aumentare l'attività fisica nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio), sia dalle indicazioni dei vigenti Piano Socio-Sanitario regionale che esprimono la necessità che, nell'ambito della promozione della salute, particolare rilievo sia rivolto all'attività motoria.

La DGR del 22/12/2011, n. 9/2734 Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale, prevede che nell'ambito degli obiettivi generali è stata indicazione alle ASL che il Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari contenga il "piano integrato locale degli interventi di promozione della salute" che sulla base di criteri di appropriatezza professionale (coerenza con i dati di contesto del territorio di riferimento, esistenza di prove di efficacia o in loro assenza il riferimento a "buone pratiche", sostenibilità) e organizzativa (integrazione e intersectorialità) declini:

- scala di priorità;
- obiettivi di salute;
- indicatori di risultato misurabili anche in termini di guadagno di salute atteso.

Gli interventi saranno rendicontati annualmente mediante strumenti messi a disposizione dalla Direzione Generale Sanità; in particolare gli indicatori previsti sono per l'area della promozione dell'attività fisica: adottare il progetto "scale per la salute" nelle sedi/presidi della azienda sanitaria locale, incrementare i *pedibus* attivi sul territorio, avviare i *pedibus* sul territorio laddove non ancora attivati, incrementare i gruppi di cammino attivi sul territorio, avviare i gruppi di cammino sul territorio laddove non ancora attivati.

Attuazione a livello territoriale di progetti *pedibus/walkingbus* e Gruppi di cammino per la promozione dell'attività fisica di bambini, adulti e anziani, infatti è stato attuato da circa il 40% delle ASL il Progetto "Pedibus", per promuovere una regolare l'abitudine all'attività fisica nei bambini e nelle famiglie ed è stato attuato da circa il 50% delle ASL il progetto "Gruppi di cammino", per promuovere una regolare abitudine all'attività fisica nelle persone anziane. Questi progetti consentono di raggiungere obiettivi importanti: la promozione dell'attività fisica, dell'autonomia, la socializzazione, il rispetto per l'ambiente, recuperando una semplice abitudine: camminare.

Dall'analisi dei Piani, partendo dal Piano Sociosanitario regionale 2007-2009 si sono posti l'obiettivo prioritario di promuovere nuovi stili di vita attivi per i cittadini; in questo ambito l'attività fisica regolare viene riconosciuta come fattore determinante per il miglioramento e il mantenimento della salute dalle più consolidate ricerche scientifiche.

Infatti, i principali obiettivi che l'attività fisica e motoria si pone sono il miglioramento delle competenze fisiche e lo sviluppo delle modalità di accettazione del proprio corpo e di fiducia nei confronti della propria capacità corporea; l'aumento della sensazione di benessere e la riduzione del rischio di depressione; la prevenzione della perdita di autonomia nelle attività quotidiane; il rivolgersi verso l'esterno e riconsiderare questa meta come fonte di rilancio personale; il frequentare gruppi amicali, reinserendosi nel tessuto sociale al di fuori della propria casa; l'aumento della capacità di comunicare con gli altri.

Recentemente la DGR n. IX/2056 del 28/7/2011 "Progetto Sperimentale Sulla Prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di Prevenzione e Terapia in Lombardia in attuazione dell'accordo tra Ministero della Salute e Regione Lombardia del 23 dicembre 2010", è finalizzato al raggiungimento

dell'obiettivo generale di implementare in sede regionale e valutare la funzionalità di una struttura organizzativa attraverso la quale la pratica terapeutica e preventiva dell'esercizio fisico è correttamente prescritta e somministrata alla popolazione eligibile. La sperimentazione lombarda vede il coinvolgimento dell'ASL di Brescia, di Como, di Milano, Monza Brianza e di Varese cui assegna i compiti di governo per l'attuazione del progetto a livello territoriale, nonché l'individuazione dei Servizi/UE di Medicina dello Sport da coinvolgere relativamente alle prestazioni di 1° e/o 2° livello, e delle strutture di allenamento per l'erogazione dell'attività fisica prescritta. Per la prescrizione dell'esercizio fisico sono state impegnate nella definizione dei principi e criteri generali per la presa in carico di persone che presentano fattori di rischio e di quelle affette da condizioni patologiche, che possono trarre giovamento da un esercizio fisico correttamente prescritto e somministrato in modo controllato e per sperimentare programmi di prevenzione e cura basati sull'esercizio fisico, approntando le modalità organizzative all'interno delle quali avvengono sia la prescrizione di attività fisica, personalizzata sulle caratteristiche del singolo, sia la somministrazione attraverso percorsi che garantiscano il raggiungimento e il mantenimento nel tempo dei livelli di attività prescritta.

Regione Marche

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

Il PSR 2007-2009 (così come il PSR 2003-2006 aveva previsto la necessità di attivare un "Programma di informazione sulla qualità nutrizionale degli alimenti e di rilevazione epidemiologica sulle abitudini alimentari delle popolazioni in una fascia di età scolastica") considera fondamentale la definizione del programma di intervento sulla popolazione giovanile, con particolare attenzione alle problematiche relative al disagio, alle dipendenze, ai disturbi del comportamento alimentare (anoressia e bulimia), alla prevenzione degli incidenti stradali, prevedendo un coordinamento integrazione tra le attività del Distretto/Ambito Territoriale Sociale con i Dipartimenti delle dipendenze patologiche, i Dipartimenti di salute mentale, coinvolgendo anche la scuola. L'obiettivo è quello di sperimentare modalità integrate di lettura del bisogno, programmazione e gestione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza tra i servizi sanitari e i servizi sociali per le attività socio-sanitarie.

Nelle Marche è in corso altresì un progetto regionale che prevede la costruzione di una rete informativa che rilevi lo stato di sovrappeso/obesità della popolazione in modo continuativo.

Il Progetto, che coinvolge tutti i Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione regionali, è rivolto alle scuole e interessa gli alunni di 5, 7, 9 e 12 anni di età.

La DGR 227 del 16/2/2005 in particolare, con riferimento ai disturbi del Comportamento alimentare, fenomeno in aumento nella Regione, stabilisce di integrare il fabbisogno dei posti letto (previsto nel PSR 2003/2006 approvato con deliberazione amministrativa n. 97 del 2003) per tutta la residenzialità extraospedaliera prevedendone alcuni per il Settore Disturbi del Comportamento Alimentare. Questa esigenza era stata già prevista nella delibera 132/2004 (paragrafo 10) "Progetto obiettivo salute mentale" dove la Giunta Regionale si impegna ad adottare specifici provvedimenti sui DCA prevedendo riferimenti ambulatoriali, ospedalieri e strutture per riabilitazione.

Nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, in continuità rispetto alle linee progettuali adottate in atti precedenti della Regione Marche (DGR 1045/2009 e 940/2010 che avviano nella Regione Marche il programma interministeriale Guadagnare salute), la linea progettuale sull'obesità viene considerata di particolare rilievo e vengono pianificati alcuni obiettivi di particolare importanza:

- messa a regime di una rete di sorveglianza nutrizionale della popolazione attraverso i SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione, raccordati con la Rete delle UO di Epidemiologia;
- sistematica azione di orientamento ad un corretto stile di vita alimentare, sia nei ragazzi che nelle famiglie, associate alla fase di sorveglianza;
- miglioramento della capacità operativa integrata tra strutture del SSR, Scuola e PLS.

Si ritiene opportuno, rispetto a quanto già fatto in passato, intervenire per coinvolgere un maggior numero di destinatari, nonché attivare strategie più incisive per coinvolgere i PdL al fine di condividere con loro un piano di azione e ottenere una piena partecipazione ai percorsi.

Come, già sopra accennato particolare spazio è assegnato alle progettualità collegate agli obiettivi del programma nazionale Guadagnare salute che sono stati avviati nelle marche attraverso le DGR 1045 E 910).

Pertanto le linee progettuali sono state identificate come prioritarie per la necessità di sostenere politiche di promozione della salute oltre che per il rilievo delle tematiche affrontate e le ricadute attese in termini di guadagno di salute per la popolazione:

- linea progettuale finalizzata al contenimento dell'obesità, con particolare riferimento al consumo di frutta nella popolazione scolastica;
- linea progettuale dedicata all'allattamento esclusivo al seno con la finalità, tra le altre, di contenere il fenomeno dell'obesità infantile;
- linea progettuale finalizzata alla comunicazione dei dati di sorveglianza relativi allo stato nutrizionale della popolazione, con il particolare obiettivo di diffondere conoscenze sui determinanti di salute e facilitare scelte di vita salutare;
- linea progettuale finalizzata a promuovere l'attività fisica nella popolazione in generale.

Per promuovere stili di vita salutari caratterizzati da una corretta alimentazione, è stato condotto nella Regione Marche e in altre 4 Regioni Toscana, Campania, Puglia Sicilia con il supporto scientifico del CREPS – Università di Siena, il Progetto Interregionale Buone pratiche sull'alimentazione meglio noto come "E... vai con la Frutta" con l'obiettivo di promuovere il consumo di frutta e verdura oltre che nelle scuole anche nei luoghi di lavoro. Il Progetto è stato recepito con il Decreto n. 29 del 27/10/2011 Progetto "Buone Pratiche di Alimentazione – "E ... vai con la Frutta" contributo scuole.

Altro progetto interregionale che ha coinvolto anche la Regione Marche è il Progetto CCM "OKkio alla ristorazione" volto promozione della corretta alimentazione presso la ristorazione collettiva (con altre 5 Regioni, tra cui Sicilia capofila, Emilia-Romagna, Lazio, Campania e Veneto "finalizzato al miglioramento dell'offerta nutrizionale attraverso la ristorazione collettiva e al monitoraggio dei consumi di frutta e verdura attraverso la costituzione di una rete inter – regionale composta dai SIAN delle ASL e dalle aziende di ristorazione collettiva per promuovere la diffusione e adozione di corretti stili alimentari.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Tra gli atti programmatori, un ruolo particolare viene riconosciuto al Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1856 del 23/12/2010. Numerosi sono gli interventi previsti finalizzati alla prevenzione della disabilità degli anziani:

- *Sorveglianza epidemiologica*
Obiettivi: implementare i programmi di sorveglianza epidemiologica, tra cui:
 - Aderire al programma PASSI d'Argento, condividendo l'obiettivo di elaborare e sperimentare un modello di indagine sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età; la sorveglianza epidemiologica dell'incidentalità domestica si basa soprattutto sulla raccolta dati prevista dal progetto SINACA (Sistema informativo nazionale sugli infortuni in civile abitazione).
- *Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia*
 - Un'area di intervento è finalizzata all'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento della popolazione e dall'incremento della disabilità.
 - Altra area di intervento prioritaria è dedicata all'*healthy ageing*, sempre più necessaria in una popolazione che invecchia progressivamente; il progetto è volto a promuovere l'attività fisica negli anziani (>65 anni) e uno degli obiettivi progettuali è quello di attivare un'indagine di prevalenza sugli stili di vita negli anziani dando particolare rilevanza agli aspetti di sostegno al sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, la cui attivazione sarà decisa previo studio di fattibilità.

Tra i progetti previsti dal Piano regionale di prevenzione si segnalano:

- La valutazione multidimensionale dell'anziano.
- Programma di prevenzione dell'attività fisica: Gente in gamba(>65 anni).

Nel 2004 sono state messe a punto linee di innovazione del Welfare marchigiano per il miglioramento della qualità della vita dell'anziano con la DGR n. 1566 del 14/12/2004 Approvazione Atto di Indirizzo concernente "Sistema dei servizi degli anziani della Regione Marche: Sviluppo programmatorio e

organizzativo – prevenire, contrastare, ridurre e accompagnare la non autosufficienza”. In particolare prevede l’inserimento all’interno di una programmazione territoriale (piani di zona e di distretto) degli interventi per prevenire il rischio della non autosufficienza con lo sviluppo di interventi appropriati per prevenire, rallentare, contrastare e accompagnare i fenomeni di decadimento della persona assumendo il termine anziano come risorsa per la comunità

La delibera ha come obiettivi fondamentali:

- prevenire, rallentare, contrastare, accompagnare il rischio di non autosufficienza;
- la valorizzazione della risorsa anziani;
- integrazione socio-sanitaria la qualificazione della regolazione pubblica in risposta ad un mercato dei servizi privo di qualsiasi regolazione.

Promozione attività fisica

La promozione dell’attività fisica è ritenuta dalla Regione Marche strategica ai fini del miglioramento complessivo della salute dei cittadini, in considerazione delle evidenze scientifiche che dimostrano gli effetti preventivi e terapeutici dell’attività fisica e sportiva su molte delle patologie più ricorrenti, con chiare ricadute positive in termini di riduzione della morbilità e della mortalità. Inoltre la lotta alla sedentarietà è fra gli obiettivi del PSR 2007-2009 e del PSSR 2010-2012 dove si afferma l’importanza, fra gli stili di vita, dell’attività fisica. L’importanza dell’attività fisica è dimostrata anche in termini di prevenzione secondaria, intesa cioè come riabilitazione e rieducazione per un più precoce reinserimento nel contesto sociale. Nelle Marche, si assiste ad un tendenziale invecchiamento della popolazione. L’allungamento della speranza di vita richiede un adeguamento delle risposte socio-sanitarie alle esigenze della persona in età longeva, per garantire la miglior salute possibile anche attraverso la prevenzione e il rallentamento delle patologie croniche. In questo contesto si inserisce l’importanza dell’AFA come attività di mantenimento e prevenzione, finalizzata a facilitare l’acquisizione di stili di vita utili a mantenere la migliore autonomia e qualità di vita possibile.

In particolare il PSR 2007-2009, nella definizione delle strategie e delle linee guida di intervento relativi alla Prevenzione, pone in particolare rilievo nell’ambito degli stili di vita sani, la tutela dell’attività sportiva e la promozione dell’attività motoria, con particolare riferimento alle fasce di età giovanile e agli anziani. Inoltre pone come prioritario, il controllo sulla qualità dei servizi erogati dalle numerose strutture private operanti in questo campo di attività.

Naturalmente la promozione dell’attività fisica nella popolazione generale dovrà essere perseguita creando alleanze tra gli Enti Locali, le Zone Territoriali dell’ASUR, gli Enti di promozione sportiva, le Società sportive e le Istituzioni scolastiche, i Gestori delle palestre e dei Centri sportivi pubblici e privati. Il Servizio Sanitario dovrà necessariamente farsi promotore di una maggiore consapevolezza dei benefici derivanti dalla diffusione dell’attività motoria e della pratica sportiva sia nei confronti degli operatori sanitari sia rispetto alla popolazione generale. In tale contesto è fondamentale il contributo degli MMG e dei PLS.

Nel Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2012”, laddove si affronta il tema della riabilitazione, prevede fra gli obiettivi di “attivare l’AFA, quale attività non riabilitativa, nelle forme possibili, congiuntamente agli altri strumenti di prevenzione sugli stili di vita.”

Vari sono i progetti attivi nella Regione Marche sollecitati inizialmente dalla DGR 1045/2009 nella parte relativa alla Linea progettuale “Guadagnare salute”. Linee di indirizzo per l’attuazione di programmi di prevenzione e promozione della salute, e successivamente dal Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (DGR 1856 del 23/12/2010) che prevede:

- Il rafforzamento dei sistemi di sorveglianza.
- Gente in gamba 5-64.
- Gente in gamba + 65.

Nelle Marche è stato istituito un gruppo di lavoro permanente che integra le competenze di medicina dello sport, epidemiologia, nutrizione, pediatri, medicina del lavoro e igiene pubblica. Significative sono anche le esperienze di inserimento dei percorsi di promozione dell’attività fisica nei Piani di zona per la salute e il benessere, che in alcune realtà regionali vedono coinvolti gli uffici di piano a valenza distrettuale. Fondamentale è garantire uno stretto rapporto tra chi coordina le attività di prevenzione e

promozione e chi gestisce i sistemi di sorveglianza sui comportamenti individuali, cosa non ancora del tutto assimilata nelle realtà locali.

Tutti i seguenti progetti relativi all'attività motoria attivati nella Regione, prevedono la sottoscrizione di accordi con le organizzazioni sindacali confederali, i sindacati dei pensionati, del lavoro autonomo e gli enti di promozione sportiva per promuovere, potenziare e incentivare sul territorio regionale l'attività fisica adattata:

- *“PROMOSSO IN SALUTE” Guida ai Progetti educativi rivolti agli Istituti scolastici di ogni ordine e grado del territorio di competenza zonale, Zona Territoriale 7 ASUR Marche Dipartimento di Prevenzione: Ufficio Promozione della Salute (UPS) con funzioni di coordinamento.*
- *Diamoci una mossa: nuovi stili di vita attivi per bambini e famiglie.* Grazie al finanziamento ricevuto dal CCM è stato possibile dare avvio al “Progetto Nazionale di Promozione dell’Attività Motoria”. Il progetto, di durata biennale, nasce dall’accordo di collaborazione tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive) e il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria). Sono sei le Regioni che hanno aderito al progetto, coordinate dal Dipartimento di Prevenzione dell’Azienda ULSS 20: Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte, Lazio, Puglia e Marche. La cornice di riferimento è quella di “Guadagnare Salute”, con una specifica attenzione verso la popolazione giovanile. Sempre in termini di partecipazione va aggiunto che le attività formative del progetto saranno aperte a tutte le singole aziende sanitarie interessate ad attuare percorsi strutturati di promozione dell’attività motoria. L’obiettivo generale del progetto è quello di incrementare la pratica di attività motoria delle popolazioni delle Regioni aderenti.

A carico delle singole Regioni sono previste le seguenti azioni:

- attivazione di una rete permanente di referenti all’interno dei dipartimenti di prevenzione delle singole ASL, con il compito di promuovere in modo organico l’attività motoria;
- attivazione di reti locali di soggetti coinvolti nella promozione dell’attività motoria quali associazioni, comuni, scuole, operatori sanitari e altri soggetti pubblici e privati, compresi gli istruttori educatori che operano con gruppi particolari, quali le persone con disabilità diversificate;
- coinvolgimento degli MMG attraverso la formazione e inserimento della promozione/prescrizione dell’AM negli accordi aziendali, integrando questa attività nella pratica ambulatoriale;
- attivazione di alleanze locali con i responsabili della pianificazione territoriale, per migliorare la salute urbana e diffondere conoscenze scientificamente validate sugli interventi urbanistici in grado di influenzare positivamente gli stili di vita;
- incentivazione di iniziative locali, come i gruppi di cammino per anziani, il *Pedibus* e altre attività da organizzarsi con le scuole;
- organizzazione delle altre attività di formazione previste dal programma per i laureati in Scienze Motorie, i tecnici della prevenzione delle ASL, i tecnici comunali, altri operatori dei comuni, persone impegnate in associazioni di volontariato, *walking leader*, ecc.;
- diffusione tra i partecipanti di informazioni nutrizionali di base.

Regione Molise

Prevenzione dell’obesità e del sovrappeso

Il Piano Sanitario Regionale per il triennio 2008-2010 prevede di attuare e implementare gli interventi sulla prevenzione e cura dell’obesità e gestione integrata del diabete previsti dall’allegato (DGR 57/2006 Linee operative per la pianificazione regionale: Strategia di intervento per la prevenzione dell’obesità) al piano regionale di prevenzione regionale (DGR 3/8/2005, n. 1107 e DGR 19/6/2006, n. 826). Tra le strategie di interventi sono stati previsti:

- il Comitato Tecnico Operativo, composto da rappresentanti di numerose istituzioni regionali interessate dai temi del Progetto (Istituzione scolastica, Università, Società Scientifiche, CONI, rappresentanti dei Medici e dei Pediatri, ecc.);
- il gruppo dei Referenti di tutte le Zone dell'ASReM, al fine della realizzazione nei rispettivi territori delle linee di intervento relative ai bambini e di quelle sugli adulti.

Nell'ambito delle collaborazioni necessarie per un approccio multidisciplinare all'obesità, è stato auspicato l'inserimento della necessità di aderire al Progetto negli Accordi contrattuali degli MMG e i PLS.

DGR 19/6/2006, n. 826 la Regione ha provveduto ad approvare in conformità alla nota del ministero della Salute, DGPREV/IX/24081/P/I.8.a.a. del 19/10/2005, i progetti relativi ai seguenti ulteriori ambiti operativi: Obesità; Prevenzione.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 1101 del 30/12/2010, prevede una serie di progetti finalizzati a prevenire la disabilità.

La Regione intende elaborare e sperimentare un modello di indagine sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, che sia ripetibile nel tempo e sostenibile con le risorse dei Servizi sanitari e sociali, a uso delle Azienda sanitaria regionale, dei Servizi sociali e della Regione.

Tra i progetti previsti si segnala:

- prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico;
- prevenzione primaria dell'ictus nella popolazione molisana a rischio;
- prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza;
- promozione dell'attività fisica per invecchiare in salute (>65 anni).

In particolare, nell'ambito del citato progetto "Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza", la Regione prevede una suddivisione della popolazione in quattro sottogruppi di persone ultra 64enni:

1. in buona salute e a basso rischio di malattia;
2. in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità;
3. con segni di fragilità;
4. con disabilità.

Ciascun sottogruppo di popolazione identifica target di interventi specifici che vanno dalle azioni di prevenzione terziaria per le persone con disabilità, alle azioni di prevenzione primaria per le persone a rischio di malattia e fragilità, alle azioni di valorizzazione e di protezione sociale trasversali a tutti i sottogruppi. Gli obiettivi previsti: Identificare e sperimentare un modello di indagine sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, che sia ripetibile nel tempo e sostenibile con le risorse dei servizi sanitari e sociali, ad uso dell'Azienda sanitaria regionale, dei Servizi sociali e della Regione.

In quest'ambito si pone il PSR 2008-2010 approvato con DCR 9/7/2008, n. 190. In particolare il PSR si pone l'obiettivo primario di promuovere una stretta collaborazione fra Enti locali, Sanità e terzo settore non profit per adeguare e gestire i servizi di assistenza agli anziani, nell'ambito dei Programmi di attività territoriale dei Distretti.

Uno degli obiettivi del Piano è proprio quello di prevenire o ritardare la non autosufficienza della popolazione anziana. Infatti la Regione intende valorizzare e incentivare la permanenza al domicilio degli anziani disabili, purché ve ne siano le condizioni, appoggiando in questo le famiglie e la rete sociale. Intende inoltre impegnarsi ulteriormente per offrire una assistenza adeguata e dignitosa a coloro che non possono rimanere al proprio domicilio.

A tal fine intende:

- promuovere interventi e maggiori opportunità nei confronti della popolazione anziana fragile, e in particolare le persone ultrasettantacinquenni, in condizioni di solitudine e di possibile difficoltà che possono aver bisogno di informazione, orientamento, aiuti e sostegni per continuare a vivere nel proprio contesto di vita.
- Potenziare le azioni di prevenzione, primaria (invecchiare in salute) e secondaria (malnutrizione degli anziani fragili ecc.).

- Attivare appositi interventi nei confronti degli anziani in situazioni pericolose per la salute come, ad esempio, nel periodo estivo, per evitare gli esiti delle “ondate di calore” che hanno causato in alcuni anni sensibili incrementi della mortalità. Vanno individuate le persone a rischio e le azioni prioritarie, secondo le indicazioni del Ministero della Salute e anche sperimentando interventi di sorveglianza attiva, quali servizi di teleassistenza e telesoccorso.

Gli obiettivi posti potranno realizzarsi grazie ad un alto livello di integrazione inter-istituzionale, in particolare tra Comuni e Distretti della ASREM, e interprofessionale, in particolare tra MMG, specialisti e servizi sociali territoriali, attraverso l’attivazione di Progetti volti a prevenire o ridurre la non autosufficienza

Un’ulteriore azione sarà più specificamente diretta alla promozione dell’attività fisica di tale target di popolazione regionale, per ridurre i livelli di sedentarietà, di sovrappeso e obesità, sulla base dell’assunto inconfutabile che l’attività motoria è uno strumento di prevenzione indiscusso per ogni individuo a prescindere dalla sua età.

Promozione attività fisica

L’Unità Operativa Assistenza Anziani della ASReM nell’ambito del progetto “laboratorio itinerante per il benessere psico-fisico e sociale dell’anziano” ha previsto un programma di esercizio fisico che viene insegnato in un locale per gli anziani e ha coinvolto più oltre 100 di loro al fine di prevenire le cadute negli anziani. Figure professionali coinvolte sono un geriatra, gli assistenti sociali, uno psicologo, un fisioterapista, un terapeuta *psychomotion*. L’esercizio fisico viene effettuato due volte alla settimana in gruppi di 20-25 persone ciascuno. Il Progetto, nato nel contesto sperimentale del Sistema delle Cure Domiciliari dell’ASREM, è finalizzato a soddisfare i bisogni della sfera psico-sociale delle persone in età avanzata e prevede un percorso di 10 lezioni che coinvolgerà circa 100 anziani impegnati in attività sportiva sotto forma di ginnastica dolce, stretching, attività motoria all’aria aperta, per muoversi in modo corretto, disinvolto e senza molta fatica e per rallentare il processo fisiologico di decadimento dovuto al passare degli anni.

Regione Piemonte

Prevenzione dell’obesità e del sovrappeso

Il tema dell’orientamento degli stili di vita in senso favorevole alla salute è da sempre al centro delle attività di educazione sanitaria e di promozione della salute in Piemonte. Dal 2004 la Regione Piemonte ha infatti avviato il Piano Promozione Salute Piemonte e il Piano Nutrizione Piemonte, poi confluiti nei Piani di Prevenzione (in particolare prevenzione cardiovascolare, obesità, incidenti stradali). Le competenze regionali fanno capo al Settore regionale Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva e nelle ASR attengono per il coordinamento, la metodologia e la gestione degli interventi di sorveglianza a più soggetti (SIAN, SeRT, RePES, Servizi territoriali).

Il Progetto Obesità Piemonte ha sperimentato con i Servizi di Nutrizione Clinica un intervento di tipo informativo-educativo rivolto ai soggetti affetti da obesità, mentre sportelli nutrizionali o ambulatori per interventi individuali e di gruppo sono stati attivati dai SIAN.

La Regione Piemonte ha avviato nel 2003 il Progetto Nutrizione Piemonte (PNP), con l’obiettivo di fornire ai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) le risorse per far decollare, o proseguire, attività di sorveglianza e prevenzione nutrizionale in tutte le ASL del territorio regionale. Il progetto Nutrizione Piemonte ha come finalità la prevenzione dell’obesità attraverso un insieme di azioni sinergiche e coordinate che vedono coinvolti in primo luogo i Servizi di Igiene degli alimenti e della Nutrizione che si devono caratterizzare come promotori nel territorio dell’avvio, perfezionamento e mantenimento nel tempo di attività di sorveglianza nutrizionale e di progetti di educazione alimentare/nutrizionale, in primo luogo con le scuole.

Il progetto regionale “Sorveglianza e Prevenzione dell’Obesità” rientra nel Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, approvato dalla Regione Piemonte con DGR n. 43-2046 del 23/1/2006,

coerentemente con quanto stabilito dall'intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 23/3/2005 e dalle "Linee operative predisposte dal Centro Nazionale per la prevenzione e il Controllo della Malattie".

Il Progetto regionale "Sorveglianza e Prevenzione dell'Obesità" ha inteso contrastare questo fenomeno, promuovendo sette precisi ambiti di intervento e tra questi, in particolare, quello che prevede la pianificazione regionale e locale di interventi di promozione e sostegno allo svolgimento di un'adeguata attività fisica e di stili di vita salutari. In tal senso è stato dunque attivato formalmente il Gruppo di lavoro regionale con mandato: "Sostegno e Promozione dello svolgimento di attività motorie nelle Comunità Locali". Il gruppo intende proporre e promuovere un piano di azione che declini localmente i principi di intersettorialità e di corresponsabilità per la salute (dettati dall'OMS nel documento di Salute 21) nonché gli indirizzi contenuti nel Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009 (DCR 24/10/2007, n. 137-40212) in merito al coinvolgimento attivo degli Enti Locali nella programmazione partecipata della salute (Profili e Piani di salute).

Il coinvolgimento dei medici di famiglia e dei PLS sui temi della promozione della salute e della modificazione degli stili di vita è ancora episodico e legato alla adesione volontaria.

Negli ultimi anni la Direzione Sanità Pubblica ha attuato un cospicuo investimento formativo attraverso corsi di formazione rivolti all'approfondimento delle tematiche inerenti alla prevenzione dell'obesità infantile, promuovendo l'individuazione a livello di ogni SIAN di almeno un referente in grado di gestire scientificamente iniziative nel campo nutrizionale.

Complessivamente gli investimenti dell'Assessorato alla Sanità in questi anni hanno inoltre fatto maturare un capitale di saperi, progetti-interventi e competenze tra i decisori e gli operatori sanitari, scolastici e di altri settori che si occupano di alimentazione e attività fisica, e in particolare:

- Programma PSP Promozione Salute Piemonte (dal 1998) su stili di vita (alimentazione, attività fisica, stress, fumo) (Campagne di comunicazioni e regionali ed eventi in contesti locali, attivazione del Laboratorio Alimentazione e attività Fisica, ecc.).
- Progetti nati come attuazione del Protocollo d'Intesa tra MIUR Direzione Scolastica Regionale e Regione Piemonte:
 - Progetto portale www.salutiamoci.it
 - Progetto Nazionale MIUR "Stili di vita, movimento".

Nel Piano Regionale di Prevenzione Regionale 2010-2012, diverse sono i progetti previsti nell'ambito della prevenzione dell'obesità e del sovrappeso:

- Definizione e valutazione di percorsi orientati alla individuazione e modificazione dei comportamenti a rischio e all'assunzione di stili di vita salutari.
- Promozione dell'attività motoria scuola: coordinamento e diffusione di azioni efficaci nelle scuole della Regione (percorsi casa-scuola, attività motoria curriculare, ecc.) e nelle comunità, in collegamento con i PePS.
- Allattamento al seno e prevenzione dell'obesità.

Prevenzione della disabilità degli anziani

La Regione, nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, approvato con DGR 17/12/2010, n. 37, prevede specifici progetti operativi finalizzati alla prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza, e in particolare:

- *Promuovere la salute per pazienti anziani con frattura di femore o a rischio di frattura di femore da osteoporosi*

Obiettivi: Identificazione dei pazienti ad alto rischio di cadute, valutazione clinico/funzionale e impostazione eventuale di terapia medica adeguata; Informazione/educazione dei pazienti a rischio e degli MMG sulla prevenzione delle cadute e sulla riduzione dei fattori di rischio; Organizzazione e gestione di un percorso di continuità di cura, intra ed extraospedaliero per prevenire il massimo possibile le conseguenze disabilitanti della frattura; Informazione – educazione sulla prevenzione di una rifrattura.

Obiettivi di salute: Riduzione del numero di pazienti anziani che presentano frattura o rifrattura di femore e della disabilità ad essa conseguente.

- *Mettere a regime un sistema di sorveglianza della popolazione anziana, in particolare con disabilità*

Obiettivo: individuare e attuare le modalità per mettere a regime in Piemonte un'indagine che fornisca informazioni, confrontabili nel tempo e nello spazio, riguardanti la salute nella terza età e utilizzabili per orientare e migliorare le azioni di prevenzione e assistenza rivolte alla popolazione anziana, con particolare attenzione alla disabilità.

Attori: Assessorato regionale alla Tutela della salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia e, principalmente, i suoi settori "Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva" e "Programmazione socio-assistenziale, integrazione socio-sanitaria e rapporti con gli enti gestori istituzionali"; Servizio sovrazonale di epidemiologia ASL NO; ASL CN (PASSI, unità di epidemiologia, distretti, Aziende Sanitarie Territoriali - AST, ecc.), Enti Gestori.

Per quanto riguarda la tutela degli anziani più in generale, i riferimenti principali sono costituiti dal Piano sociosanitario 2007/2010 (adottato con DCR 24 ottobre 2007 n. 137 – 40212) e dalla Legge Regionale 8/1/2004, n. 1. Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento.

Nel PSSR 2007-09 le "Politiche per le persone anziane", la Regione Piemonte identifica l'obiettivo di garantire i servizi, e di realizzare un sistema integrato di servizi sanitari e socio assistenziali verso il paziente fragile e cronico in tutto il suo percorso assistenziale.

L'obiettivo è la prevenzione, il trattamento e la presa in carico delle persone non autosufficienti, mediante l'adozione di percorsi socio-sanitari volti a migliorare la qualità della vita dell'anziano, attraverso interventi destinati a ritardare l'eventuale istituzionalizzazione, prevenire ricoveri impropri e assicurare prioritariamente l'assistenza integrata a domicilio della persona.

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2007-2010, tra le strategie generali di sviluppo per quanto attiene la tutela della salute della popolazione anziana, afferma che il principio secondo il quale deve ispirarsi il modello organizzativo proposto è rappresentato dal raggiungimento della continuità delle cure, attraverso percorsi che ne assicurano la gestione, caso per caso, e per le differenti tipologie del bisogno.

Altresì il PSSR afferma che occorre ottimizzare la presa in carico dell'anziano, soprattutto se affetto da patologie croniche, lavorando sui percorsi socio-sanitari delle persone, al fine di ritardare la non autosufficienza e l'eventuale istituzionalizzazione e prevenire ricoveri impropri. Particolare attenzione richiede il momento dell'accesso alla rete dei servizi, mediante azioni volte alla semplificazione e uniformità dei percorsi e la diffusione delle informazioni. In particolare sono previsti interventi volti a:

- Favorire la permanenza nel proprio contesto di vita di soggetti anziani sia facilitando l'accesso delle persone non autosufficienti ai percorsi di cura e agli interventi di lungo assistenza domiciliare (consolidamento del Punto di Accoglienza Socio-Sanitario (PASS) quali l'assistenza domiciliare, i contributi economici (a sostegno di spese per la remunerazione di assistenti familiari o quale riconoscimento ai familiari o ad altri soggetti che si prendono cura dell'anziano non autosufficienti), gli affidamenti diurni e/o di supporto o buon vicinato, il telesoccorso, la consegna pasti a domicilio, sia fornendo ulteriore sostegno ai familiari che incontrano difficoltà nel conciliare tempi di lavoro e tempi di cura del congiunto parzialmente o totalmente non autosufficiente attraverso lo sviluppo progetti di accoglienza diurna (domiciliarità anziani).
- Fornire ospitalità ai soggetti anziani che non possono rimanere presso il proprio domicilio sia partecipando, nell'ambito della Commissione di Vigilanza, al processo di accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie per non autosufficienti presenti sul territorio, che rappresenta una misura ulteriore per il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata agli ospiti, sia promuovendo iniziative atte a migliorare la qualità di vita, soprattutto quella relazionale, delle persone ricoverate in modo definitivo nelle strutture residenziali (Residenzialità anziani).
- Favorire il superamento di difficoltà economiche che possono influire sulla qualità di vita di soggetti anziani (sostegno economico anziani). La Regione Piemonte stanZIA annualmente contributi ai familiari che assistono a casa congiunti non autosufficienti e garantisce risorse per gli assegni cura.

Vengono individuate tre tipologie di obiettivi: di prevenzione, di cura e trasversali.

1. Per quanto riguarda gli obiettivi di prevenzione, viene ribadita la necessità di porre in atto azioni idonee a mantenere il più possibile la persona anziana "all'interno del proprio contesto abitativo e

familiare evitando il più possibile ogni forma di istituzionalizzazione”, nonché di promuovere azioni finalizzate ad “accrescere l’inclusione sociale al fine di rispondere all’esigenza soggettiva dell’anziano sano o ancora autonomo di ricoprire un ruolo ancora attivo” nell’ambito sociale in cui vive (es. “Servizio civico volontario” ecc.).

2. Sotto la voce obiettivi di cura sono indicati “lo sviluppo e l’implementazione delle Cure domiciliari”, nell’ambito di un sistema integrato di servizi sociali e sanitari, finalizzati alla realizzazione di interventi mirati al mantenimento, all’inserimento e al reinserimento delle persone in difficoltà nel nucleo familiare (es. potenziamento dei servizi di supporto alle famiglie che si fanno carico dell’assistenza di un proprio parente anziano non autosufficiente, anche attraverso contributi economici quali l’assegno di cura, incremento dei posti letto fino a raggiungere il 2% entro il 2010, incremento dei Centri diurni semiresidenziali e dei posti letto per “Dimissioni protette”).
3. Gli obiettivi trasversali si riferiscono alla messa in atto di azioni dirette a facilitare e a semplificare l’accesso della persona anziana o non autosufficiente ai percorsi di cura e agli interventi attraverso la presa in carico integrata socio-sanitaria, tramite l’attivazione dello Sportello unico.

Interventi prioritari

- *Punto di Accoglienza Socio-Sanitario (PASS)*
Con le risorse finanziarie messe a disposizione, a seguito della stipula di appositi “Protocolli d’intesa” fra le Aziende Sanitarie e ogni Soggetto gestore delle funzioni socio assistenziali dello stesso ambito distrettuale, in ogni Distretto sanitario è stato istituito lo Sportello unico Socio-Sanitario denominato PASS. La finalità del nuovo servizio è di facilitare e semplificare l’accesso della persona anziana o non autosufficiente ai percorsi di cura e agli interventi attraverso la presa in carico integrata socio-sanitaria.
- *Servizio di teleassistenza per le persone con più di 65 anni*
“Servizio Help Over 65” È un servizio gratuito offerto dalla Regione Piemonte ai cittadini più di 65 anni, che permette di segnalare un’emergenza in modo facile e veloce, premendo un tasto del cellulare, garantendo una risposta immediata e sicura in caso di richiesta d’aiuto.

Anagrafe fragilità/ondate di calore estive

Nel 2004 Regione Piemonte ha previsto e realizzato, tramite ASL e Comuni, un programma di “domiciliarità leggera” (attivazione di un call center “Servizio Aiuto Anziani” e comunicazione dello stesso ai cittadini tramite Comuni, ASL, Volontari e di sperimentare l’offerta di “custodia sociale”) e un programma di Custodia Sociale (monitoraggio permanente, tramite servizio telefonico e visite domiciliari, degli anziani aderenti effettuato da operatori dei servizi socio-assistenziali del Comune, modulato sui livelli di allarme del bollettino previsionale).

La popolazione target: anziani con età ≥ 75 anni; condizione di solitudine o difficoltà della rete familiare (senza figli o con figli non residenti); suscettibilità clinica/funzionale per le persone sole con almeno un ricovero ospedaliero per specifiche patologie; persone sole con pensione d’invalidità; persone sole con fragilità clinico e/o funzionale. Selezione dei “vulnerabili” in base alla fragilità clinica, con il coinvolgimento degli MMG; della famiglia e del *caregiver*, del volontariato e del vicinato.

Ricerche/studi/proposte

Il documento “Proposte operative per la ristorazione nelle strutture riabilitative e assistenziali per anziani” è stato realizzato dalla Regione, Assessorato alla Tutela della salute e Sanità, tramite un apposito gruppo di lavoro multidisciplinare (in collaborazione con la rete dei servizi ospedalieri di Dietetica e Nutrizione clinica del Piemonte e con la Rete delle SC di Igiene degli alimenti e della nutrizione del Piemonte). È finalizzato a fornire uno strumento di rapida lettura e consultazione, flessibile e adattabile

alle differenti realtà delle strutture socio-sanitarie, per migliorare la qualità dei servizi ed evitare fenomeni di malnutrizione della popolazione anziana.

Promozione attività fisica

Insieme ad altre Regioni pilota, il Piemonte ha accettato di studiare e sperimentare nuove strategie per il contrasto della sedentarietà. Il progetto si propone di acquisire metodologie di promozione dell'attività fisica tra la popolazione sia tramite la collaborazione con altri progetti CCM appartenenti alla strategia Guadagnare salute, tra i quali "Guadagnare Salute negli adolescenti" di cui è capofila la Regione Piemonte, sia attraverso la progettazione di nuove iniziative. La Regione Piemonte collabora nella redazione di documenti nazionali di indirizzo e progettazione.

Nell'ambito del Piano regionale di prevenzione vengono previsti diversi progetti:

- *Promozione della salute per gruppi a rischio con diminuite capacità funzionali attraverso l'attivazione attività fisiche adatte alle diminuite capacità funzionali (AFA)*

Obiettivi: Elaborazione documento regionale contenente linee di indirizzo alle ASL relativamente alla tipologia di programmi AFA, ruolo delle Aziende Sanitarie e degli altri soggetti coinvolti nella realizzazione del percorso AFA. Definizione delle linee strategiche complessive di sviluppo dell'AFA da parte delle ASL attraverso i propri Distretti con i Programmi di Attività territoriali e/o i Piani di Salute comunali o circoscrizionali. Individuazione e realizzazione da parte delle ASL di una specifica informazione ai propri Servizi e agli MMG del proprio territorio. Realizzazione da parte delle strutture erogatrici di AFA di: comunicazione agli MMG delle tipologie delle AFA programmate e concertate con l'ASL; attività AFA con Laureati in Scienze motorie specificamente formati; ritorno all'MMG della verifica degli obiettivi raggiunti alla conclusione dell'AFA.

Obiettivi di salute: prevenzione di quadri disfunzionali (quali il degrado di competenze funzionali acquisite, la riduzione della iniziativa motoria, la sindrome ipocinetica) che spesso si verificano, soprattutto nei soggetti più fragili e anziani, alla conclusione di interventi sanitari-riabilitativi, per favorire il mantenimento del recupero funzionale realizzato;

- *Promozione dell'attività motoria scuola: coordinamento e diffusione di azioni efficaci nelle scuole della Regione (percorsi casa-scuola, attività motoria curricolare, ecc.) e nelle comunità, in collegamento con i PePS*

Il progetto vuole promuovere l'adozione di uno stile di vita attivo nei confronti dei bambini e ragazzi che prevede una serie di attività:

- costituire un Gruppo di lavoro a livello regionale che includa esponenti del mondo della scuola e della sanità e che sia interprofessionale e intersettoriale (il Gruppo comprenderà figure quali, ad esempio, medico dello sport, referente all'educazione motoria per la scuola) per la definizione strategico-operativa del progetto;
- si individueranno inoltre alleanze/collaborazioni con altri soggetti del territorio impegnati sui temi del progetto (es. amministratori locali, università, associazioni). Il Gruppo nascerà in stretto collegamento con la Rete regionale per la Promozione dell'attività fisica e terrà conto di altri gruppi di lavoro regionali già esistenti come ad esempio il Gruppo di lavoro di Medicina dello Sport;
- analizzare la letteratura e aggiornare la documentazione relativa ai percorsi casa-scuola e alla valorizzazione delle attività curricolari (ore di educazione fisica e avviamento allo sport) a livello nazionale e internazionale. Quest'attività sarà svolta anche di concerto con il gruppo di pilotaggio del Progetto CCM -Regione Emilia-Romagna "Promozione dell'attività fisica - Azioni per una vita in salute";
- individuare le esperienze locali, attive e/o realizzate, relative ai percorsi casa-scuola (principalmente nel *setting* Scuola Primaria) e/o relative alla valorizzazione delle attività curricolari (ore di educazione fisica e avviamento allo sport) (*setting* Scuola Primaria e Secondaria di Primo Grado);
- selezionare tra le esperienze locali le Buone Pratiche con particolare attenzione ai risultati ottenuti rispetto ai livelli di attività fisica;

- rilevare e sistematizzare dalle Buone Pratiche locali e dall'analisi della letteratura metodi e strumenti per la valutazione dei percorsi casa-scuola e/o dei percorsi di valorizzazione delle attività curricolari (ore di educazione fisica e avviamento allo sport);
- elaborare un piano di valutazione dei percorsi casa-scuola e/o dei percorsi di valorizzazione delle attività curricolari (ore di educazione fisica e avviamento allo sport) e sperimentarne l'applicazione in almeno il 50% dei progetti previsti dai piani di prevenzione locale e attivi nell'anno scolastico 2011-2012;
- diffondere metodi, strumenti e risultati per la messa a regime dei suddetti percorsi a livello regionale.

Per quanto riguarda il programma nazionale CCM, il Piemonte prosegue l'impegno per la promozione dell'attività fisica con l'adesione a due progetti nazionali e la costituzione della rete regionale per la promozione dell'attività fisica.

Si segnalano poi ancora i gruppi di cammino e altre forme di promozione dell'attività fisica (Nell'ambito del gruppo di lavoro regionale "Sorveglianza e prevenzione dell'obesità", è stato realizzato il report Una comunità in movimento. Interventi efficaci per promuovere l'attività motoria nel contesto locale disponibile nell'area Focus Obesità del sito web DoRS. È inoltre di prossima pubblicazione il report Una comunità in movimento. Repertorio di strumenti per analisi e interventi sul territorio.

Regione Puglia

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

I risultati regionali delle indagini campionarie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) e OKkio alla SALUTE, condotti nel 2010 dall'Assessorato Regionale alle Politiche della Salute nell'ambito del monitoraggio nazionale "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", hanno evidenziato che comportamenti alimentari a rischio, inadeguata attività fisica ed eccesso ponderale cominciano a instaurarsi già nei primi anni di scolarizzazione.

Nell'ambito del PSR 2008-2010, vengono sottolineati, per il triennio 2008-2010 alcuni temi prioritari delle attività di educazione alla salute da realizzarsi a cura delle ASL con il coordinamento dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e dell'Agenzia Regionale Sanitaria:

- prevenzione dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione;
- promozione dell'attività fisica.

Sempre nell'ambito del Piano sanitario della Regione viene prevista la metodologia di prevenzione dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare che prevede:

- la istituzione di Unità Interdipartimentali di prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare in ciascuna ASL, che operino per la prevenzione e informazione sui DCA mediante un lavoro di rete in raccordo con gli MMG e con l'integrazione di competenze e strutture differenti;
- attivare un sistema di sorveglianza dello stato nutrizionale della popolazione in generale, in particolare sui soggetti in età infantile, e negli adulti (18-65 anni), individuando le modalità operative (elaborazione del questionario, campionamento, organizzazione della raccolta ed elaborazione dati), e verificando l'eventuale necessità di risorse;
- promuovere tra le gestanti iniziative per favorire l'allattamento al seno dei bambini almeno fino al sesto mese di vita;
- favorire nelle scuole la scelta di una dieta nutrizionalmente corretta attraverso un tavolo di confronto e collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale con particolare riferimento ai servizi di ristorazione scolastica; lo sviluppo nelle scuole di attività educative sulle corrette abitudini alimentari; l'implementazione di programmi di attività motoria all'interno delle strutture scolastiche;
- sviluppare programmi di educazione alle corrette abitudini alimentari concordati con PLS e MMG;
- promuovere, in accordo con l'Istituzione Scolastica, programmi sulla corretta alimentazione, sull'educazione al gusto, per migliorare le capacità di scelta nelle giovani generazioni;
- sviluppare la pratica di attività sportive tra i bambini e i ragazzi in età scolare;

- attivare programmi di educazione alla corretta alimentazione e alla pratica sportiva rivolta alla popolazione, con particolare attenzione alle donne in età fertile;
- implementare i programmi di formazione per supportare l'attività di counselling degli MMG e PLS;
- valutare i dati del sistema di sorveglianza elaborati dall'OER;
- attivare il confronto con Società Scientifiche di Settore (PLS, MMG, Nutrizionisti, SIS.DCA, ecc.) e con Associazioni Sportive (CONI);
- coordinare i piani attuativi territoriali.

Tali attività vengono realizzate con il coordinamento dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzione.

Nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 diversi sono i programmi che vanno ad incidere sulla prevenzione della obesità (particolare attenzione viene rivolta soprattutto ai soggetti in età pediatrica obesi – attenzione agli stili di vita) e del sovrappeso:

- Programma di prevenzione soggetti in età pediatrica obesi: a livello regionale responsabile del monitoraggio e della valutazione è la Cabina di regia del PRP supportata dall'Osservatorio Epidemiologico regionale (che ha curato l'elaborazione di un report delle attività dell'anno 2008 e del primo semestre 2009 e la realizzazione e diffusione di schede tematiche sull'obesità). Particolarmente importante è il coinvolgimento e la sensibilizzazione dei pediatri al progetto.
- Programma "Scuole in salute": La promozione della salute è stata da sempre in Regione Puglia oggetto di interesse e coinvolgimento esclusivo dell'Assessorato alle Politiche della Salute e dell'ARES, nonché a livello periferico DP, distretti sanitari (SERT - Servizi per le Tossicodipendenze). Le azioni di intervento hanno evidenziato limiti derivanti dalla mancanza di una pianificazione e coordinamento con il mondo della scuola. Nel 2009 il gruppo tecnico interistituzionale di lavoro "Scuola e Salute" costituitosi in Regione in osservanza con il protocollo di intesa Ministero Salute e Pubblica Istruzione ha provveduto ad avviare delle progettualità congiunte sull'alimentazione e l'attività fisica.
- MED-FOOD Anticancer Program: intervento di educazione nutrizionale per la prevenzione dei tumori (operatori SIAN).
- Promozione della salute nei bambini in età pre-scolare e dei ragazzi in età scolare – proseguimento delle Linee operative per la prevenzione dell'obesità di cui alla DGR 21/2/2006, n. 157 che integra e completa il Piano della Prevenzione 2005-2007, approvato con DGR 28/6/2005, n. 824. Sviluppo dei progetti di Promozione della salute da corretta alimentazione e adeguati stili di vita realizzati dai SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione a partire dal 2008.
- Progetti di educazione sanitaria "Porta la frutta a scuola"; "Progetti di educazione sanitaria CipXCiop"; Progetti di educazione sanitaria "passi e Panella".
- Promozione dell'allattamento al seno.

Per promuovere stili di vita salutari caratterizzati da una corretta alimentazione, è stato condotto nella Regione Puglia e in altre 4 Regioni (Toscana, Campania, Marche, Sicilia) con il supporto scientifico del CREPS – Università di Siena, il Progetto Interregionale Buone pratiche sull'alimentazione meglio noto come "E... vai con la Frutta" con l'obiettivo di promuovere il consumo di frutta e verdura oltre che nelle scuole anche nei luoghi di lavoro.

Prevenzione della disabilità degli anziani

La programmazione regionale ha considerato le azioni finalizzate alla prevenzione della fragilità area prioritaria da disciplinare nell'ambito dei più importanti atti normativi della Regione.

Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 approvato con DGR 28/12/2010, n. 2994.

Nell'ambito del PRP 2008-2010 viene attribuita particolare rilevanza alla "Prevenzione e sorveglianza delle disabilità e della non autosufficienza". L'obiettivo della sopracitata azione di prevenzione è quello di prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative, attraverso:

- l'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte;

- la protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività;
- la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità.

Nell'ambito di questo tipo di sorveglianza si inserisce l'adesione della Regione Puglia al Progetto multiregionale PASSI d'Argento, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità con la Regione Capofila dell'Umbria. Il Progetto ha avuto inizio nel 2009 ed ha previsto la sperimentazione di un sistema di indagini periodiche a cadenza biennale sullo stato di salute e sulla qualità della vita delle persone ultra 64enni e sugli interventi messi in atto dai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, nonché sulle azioni realizzate da altri settori della società civile. La prima indagine multi-regionale PASSI d'Argento è stata realizzata in 7 Regioni italiane, tra cui la Puglia. Il progetto è collegato al programma europeo "Guadagnare Salute" e al "Piano Nazionale della Prevenzione".

Per quanto riguarda la programmazione generale, il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 e soprattutto il Piano Regionale della Salute 2006-2008, individuano quale area prioritaria di intervento quella delle fragilità, evidenziando, tra gli obiettivi, quello della tutela dei soggetti deboli e quindi anche degli anziani fragili.

La "sindrome da fragilità", espressione clinica che assume connotati diversi a seconda del livello funzionale del soggetto e del *setting* assistenziale in cui avviene la valutazione, colpisce una percentuale significativa della popolazione anziana pugliese, con forte impatto sul "welfare" della Regione per la grande necessità di risposte ai bisogni assistenziali e quindi di utilizzo di risorse.

Promozione attività fisica

Nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 e del relativo Piano operativo (DGR n. 2994/2010 e n. 2080/2011) diversi sono i programmi che vanno ad incidere sulla promozione dell'attività fisica in particolare il programma di promozione dell'attività motoria denominato "gruppi di cammino". Tra i progetti in esso contenuti, vi è quello di "Promozione della salute nei bambini in età pre-scolare e dei ragazzi in età scolare" che, nel sostanziare i risultati già conseguiti con il precedente Piano regionale della Prevenzione 2005-2007, si pone come obiettivo specifico quello di individuare, promuovere e diffondere pratiche e attività di provata efficacia nella prevenzione delle patologie da scorretta alimentazione e nella promozione della sana alimentazione e dei corretti stili di vita, facendo tesoro delle esperienze realizzate, a partire dal 2006, con i progetti "Porta la Frutta a Scuola" nelle ASL Foggia e BAT, "CipXCiop" nelle ASL Brindisi, Lecce e Taranto, "Passi e Pannelle" nella ASL Bari.

Inoltre, lo stesso Piano regionale della Prevenzione 2010-2012, con l'intento di rafforzare le alleanze tra mondo delle Salute e mondo della Scuola in tema di educazione alla salute, ha previsto uno specifico progetto, denominato "Scuole in Salute", così gettando le basi per la strutturazione organica di intenti e attività da condividere tra Sistema Sanitario Regionale e Istituzioni Scolastiche.

Infatti con DGR 1702/2011 è stato approvato il Protocollo d'Intesa, tra Assessorato alla Sanità e Ufficio Scolastico Regionale, "per favorire iniziative e progetti di qualità atti a rendere sistematica l'attività di promozione dell'educazione alla salute nelle scuole attraverso un modello di governante interistituzionale". Nell'ambito di detto protocollo, sono stati istituiti organismi a composizione mista deputati alla programmazione congiunta tra i due Enti, alla prosecuzione di attività già avviate con programmi regionali e nazionali di promozione di corretti stili di vita, tra cui Guadagnare Salute, alla valutazione e approvazione dei progetti provenienti dall'esterno, alla validazione delle buone pratiche. La Regione Puglia, quindi, persegue obiettivi di prevenzione e promozione della salute attraverso l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione di innumerevoli programmi in tema di prevenzione, anche in ambito scolastico, mediante l'azione svolta prioritariamente dal Sistema Sanitario Regionale per il tramite dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL.

DGR 29/12/2011, n. 3042 con la quale viene approvato il Programma interassessorile l'Assessorato allo Sport, alle Politiche della Salute, al Diritto allo Studio, alle Risorse Agroalimentari, alle Infrastrutture Strategiche e Mobilità, di Educazione ai corretti stili di vita finalizzato alla realizzazione di interventi di educazione alla salute e di sviluppo dell'attività motoria, diretti ai bambini e alle famiglie attraverso un metodo di lavoro coordinato a livello interassessorile, che miri alla continuità dell'azione e alla pianificazione degli interventi per il triennio scolastico 2012-2015 e al fine di conseguire una più

qualificata attuazione di quanto previsto dalla Legge Regionale 33/2006. Viene proposto alla Giunta di approvare il Programma “Educazione ai corretti stili di vita” con particolare riferimento all’attività motoria, da realizzare sul territorio regionale nel triennio scolastico 2012-2015 utilizzando una pianificazione interassessorile degli interventi, finalizzata al perseguimento di medesimi obiettivi e all’integrazione delle rispettive specifiche risorse, attraverso un approccio coordinato che miri alla continuità dell’azione e alla contiguità dei contenuti.

A seguito dell’adesione al progetto nazionale di promozione dell’attività motoria (PNPAM), sono stati individuati i referenti regionali e aziendali nominati ciascuno per il proprio ambito di competenza, per l’attività motoria in Puglia. In previsione di una futura programmazione riguardante l’intero territorio pugliese, il progetto ha individuato 3 ASL pilota (TA, BAT, e BA), nelle quali avviare le attività previste dal programma nazionale.

Nel Piano Regionale di Salute (Legge Regionale 23/2008) annovera “l’educazione alla salute” tra le principali strategie che il SSR deve attuare ai fini della promozione della salute e della prevenzione del rischio di malattia nella popolazione pugliese. Tra le attività di educazione alla salute da realizzarsi a cura dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL vi sono quelle dirette alla prevenzione dell’obesità e alla promozione dell’attività fisica, da realizzarsi secondo programmi condivisi con le istituzioni scolastiche.

È stato avviato il Progetto “Quattro passi per la salute”, promosso dalla Direzione Sanitaria della ASL di Taranto, che ha dato via alla costruzione di una rete intra-aziendale costituita da Distretti Sociosanitari, DP e UOC di epidemiologia statistica, con la finalità di promozione dell’attività motoria nell’anziano quale strumento destinato a ridurre il declino causato dall’età.

Dette attività sono coordinate dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e dalle Unità operative di “Promozione della Salute”, laddove istituite, secondo funzioni e compiti disciplinati dal regolamento regionale 13/2009 di organizzazione del DP.

Regione Sardegna

Prevenzione dell’obesità e del sovrappeso

In Sardegna il dato epidemiologico a disposizione riguarda la prevalenza di obesità e sovrappeso nella popolazione scolare sia delle medie inferiori che delle elementari.

Nel Piano Sanitario Regionale 2006-2008 i risultati di «[...] studi epidemiologici svolti sulla popolazione scolastica, riportano che nelle scuole medie inferiori i maschi in sovrappeso sono il 15,5% e gli obesi il 4,5% mentre le femmine in sovrappeso sono il 14,5% e le obese il 2%. Nei licei e istituti professionali i maschi in sovrappeso sono il 17,9% e gli obesi il 2,5% mentre le femmine in sovrappeso sono il 1,6% [...]».

Sulla base di questi dati, «[...] gli obiettivi da perseguire nel triennio 2006-2008 sono:

- individuare nel territorio regionale le strutture di riferimento, a carattere multidisciplinare, per la cura e il recupero dei soggetti affetti da obesità e sovrappeso;
- definire adeguati standard diagnostici e terapeutici;
- ottimizzare i percorsi assistenziali tra strutture di diverso livello;
- individuare precocemente i soggetti a rischio in relazione alla popolazione residente;
- definire un Progetto obiettivo regionale di educazione sanitaria sulle abitudini alimentari, da attuarsi nella scuola dell’obbligo e sulla popolazione generale, attivando campagne su larga scala di promozione della salute e della qualità nutrizionale;
- garantire la competenza e la vigilanza da parte dei servizi delle ASL sulle mense di collettività, con particolare riferimento a quelle scolastiche, con l’obiettivo di qualificare l’offerta alimentare e di attivare percorsi virtuosi con le famiglie, finalizzati al raggiungimento di una complessiva alimentazione di qualità [...]».

In Sardegna, nell’ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007, è stato realizzato il progetto di prevenzione dell’obesità rivolto ai bambini della terza elementare e alle donne in età fertile. L’obiettivo finale è quello di promuovere comportamenti alimentari, validi in tutte le fasi della vita,

finalizzati al mantenimento di un buono stato di salute, alla prevenzione dell'obesità e delle patologie cronico-degenerative.

Sulle azioni specifiche di tale progetto si sono successivamente innestate quelle relative al programma "Guadagnare Salute-OKkio alla SALUTE". Svolte nel corso del 2008 e nel 2009, le suddette azioni hanno avuto l'obiettivo di consolidare quanto attuato nel corso del triennio 2005-2007 attraverso il succitato progetto di prevenzione dell'obesità, nonché quello di proseguire con l'attività di sorveglianza/educazione nutrizionale già implementata in precedenza. All'interno di questo programma si sono anche sviluppate le attività di formazione/aggiornamento del personale delle ASL con l'utilizzo poi sul campo di queste professionalità.

In questo contesto si struttura la progettualità del Piano 2010-2012 legata all'implementazione dell'attività fisica negli adolescenti e negli anziani nonché il costante esercizio fisico come programma di contrasto dell'obesità, del sovrappeso, delle patologie osteoarticolari e anche del diabete e della disabilità. Con la nuova programmazione si intende pianificare e attuare infatti a livello regionale, da un lato, interventi sugli stili di vita della popolazione sana che mirino a promuovere l'attività fisica con interventi sulla popolazione scolastica della scuola primaria, secondaria di 1° e 2° livello e sulla popolazione over 70.

Dall'altro lato, poiché l'obesità e il diabete di tipo 2 costituiscono due entità nosologiche strettamente interrelate al rischio di patologia cardiovascolare e di riduzione dell'aspettativa di vita estremamente diffuse nell'isola, e poiché la letteratura scientifica riporta che cambiamenti nello stile di vita di questi pazienti determinano una netta riduzione (-58%) dello sviluppo di diabete e di conseguenza verso la patologia cardiovascolare, si intendono strutturare interventi che stimolino l'attività motoria nella popolazione prediabetica, sovrappeso e obesa.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, approvato con DGR 30/12/2010, n. 47/24, è lo strumento che la Regione Sardegna utilizza per attivare strategie di promozione della salute e prevede specifici progetti/programmi operativi finalizzati alla prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza:

- *Programma regionale di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici*
La Regione Sardegna già con il precedente Piano di Prevenzione 2005-2007 (prorogato al 2009) ha avviato il Progetto di prevenzione degli Incidenti domestici, rivolto ai bimbi da 0 sino ai 4 anni e agli anziani *over* 65 anni. Nel nuovo Piano di Prevenzione 2010-2012 ci si propone di dar seguito al programma focalizzando l'attenzione alle azioni di sensibilizzazione. Obiettivo generale di salute: Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta, da ustioni e avvelenamenti in ambiente domestico nei bambini da 0 a 4 anni e della mortalità da eventi traumatici in particolare frattura di femore negli anziani oltre i 65 anni, attraverso campagne informative e interventi formativi multi-fattoriali e intersettoriali di promozione alla salute con messa a regime delle attività di sorveglianza. Su tale linea progettuale è stata conclusa l'indagine multicentrica, promossa e coordinata dal CCM, sugli esiti delle fratture degli arti inferiori negli anziani che indaga sulle modalità di accadimento dell'incidente domestico e la qualità della vita.
- *Programma regionale di prevenzione e riduzione delle recidive dello Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) secondario a patologie cronico-degenerative*
Il progetto inserito nel nuovo piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 prevede le seguenti azioni:
 - Costituzione Commissione Regionale per la prevenzione delle patologie cardiovascolari con il compito di stilare i protocolli operativi (soprattutto per il *follow up* dei pazienti) e il modello di lettera di dimissione, predisporre le linee guida scientifiche, programmare la formazione e monitorare l'attività delle ASL.
 - Raccordo Ospedale-MMG attraverso l'utilizzo sistematico della lettera di dimissione ospedaliera indirizzata al MMG, contenente tutte le indicazioni relative alle misure non farmacologiche e farmacologiche da seguire a domicilio e la programmazione dei controlli successivi

- Raccordo Ospedale-Specialista cardiologo territoriale-MMG con l'organizzazione a livello di ASL e distretti di incontri di formazione comune tra MMG, cardiologi del territorio, medici ospedalieri che gestiscono lo scompeso (cardiologi e internisti) e infermieri, per la condivisione e applicazione di linee guida e protocolli per la gestione extraospedaliera del paziente scompensato e la prevenzione delle recidive.
- Identificazione in ogni ASL di un gruppo di progetto composto dal MMG, cardiologo e internista ospedaliero e cardiologo specialista ambulatoriale, per il monitoraggio delle attività che si interfaccia con il livello regionale.
- Assistenza domiciliare da parte dello specialista (in ADI) o visita domiciliare del cardiologo poliambulatoriale.

Promozione attività fisica

Con la DGR n. 53/50 del 4 dicembre 2009 recante “Indirizzi operativi in materia di medicina dello sport e di certificazione di idoneità medico sportiva per lo svolgimento di attività agonistica e non agonistica nella Regione Sardegna”, la promozione e la prescrizione dell'attività fisica in tutte le fasce d'età nella popolazione generale è ritenuta dalla Regione Sardegna strategica ai fini del miglioramento complessivo della salute dei cittadini, in considerazione delle numerose evidenze scientifiche che dimostrano in modo inequivocabile gli effetti preventivi e terapeutici dell'attività fisica e sportiva su molte patologie, con evidenti ripercussioni positive in termini di riduzione della morbilità e della mortalità. Tra gli interventi previsti dalla delibera ci si propone anche di collaborare con le istituzioni scolastiche per rendere più attuabile il progetto.

Infatti, la promozione dell'attività fisica rientra tra gli obiettivi del Piano Regionale dei Servizi Sanitari della Sardegna 2006-2008. La promozione e la prescrizione dell'attività fisica nella popolazione generale andrà perseguita creando alleanze tra gli Enti Locali, le ASL, l'Università, il CONI, gli Enti di promozione sportiva, le Società Sportive e le Istituzioni scolastiche.

Il SSR si farà promotore di una maggiore sensibilità e consapevolezza dei benefici derivanti dalla diffusione dell'attività motoria.

In tale contesto si ribadisce il fondamentale contributo degli MMG e dei PLS ai sensi della DGR n. 53/50 del 4/12/2009 che dovranno attivarsi nelle varie fasi del progetto di promozione e prescrizione dell'attività fisica dal titolo di “Il movimento è vita – Intervento per l'incremento dell'attività fisica nella popolazione pre-diabetica, sovrappeso e obesa”.

Il programma si propone inoltre di incrementare la percentuale di adulti con uno stile di vita attivo. Il progetto, che si avvale della collaborazione del Coni, di enti di promozione sportiva, di società e federazioni sportive, degli enti locali (Comuni e Province), è articolato in due fasi principali, una rivolta alla popolazione prediabetica, in sovrappeso e obesa, l'altra agli scolari:

1. Per quanto riguarda la prima parte del piano, il progetto prevede un intervento su un campione di soggetti (tra i 600 e i 900) distribuiti nelle ASL della Sardegna e reclutati in ciascuna ASL della Regione su base volontaria in un Centro Endocrino-metabolico. Il Piano è articolato due anni di attività fisica strutturata da svolgersi tre volte la settimana per tutto l'anno, prescritto dallo specialista in Medicina dello sport della ASL ed eseguito da laureati in Scienze motorie. L'intervento sarà realizzato attraverso l'istituzione di una equipe di medicina dello sport composta dal medico dello sport, dal diabetologo-endocrinologo, dall'igienista e o nutrizionista, dal laureato in scienze motorie e dallo psicologo. L'obiettivo è trasmettere ai soggetti selezionati (diabetici, obesi, sovrappeso) le abilità, le competenze e le capacità per svolgere e fare svolgere un'attività fisica consona al recupero delle funzioni cardiometaboliche, articolari e motorie per ridurre la progressione dell'alterazione metabolica e dell'incremento ponderale e migliorare la qualità della vita.
2. L'altra parte de “Il movimento è vita”, inserito nel Piano regionale di Prevenzione 2010-2012, è esteso a tutto il territorio regionale e mira a incrementare il livello di attività fisica nella popolazione scolastica per almeno altre 3 ore settimanali oltre alle due ore curricolari già previste. Obiettivo primario è aumentare la capacità del sistema scolastico di utilizzare l'esercizio fisico a fini preventivi dell'obesità e del sovrappeso e come esempio di stile di vita salutare.

Le linee di attività sono rivolte agli studenti del primo anno di corso di 66 scuole medie inferiori distribuite a campione negli ambiti territoriali delle ASL della Sardegna. Il Progetto di intervento parte dalla scuola attraverso la formazione degli insegnanti che avranno poi il compito di educare, anche culturalmente, i giovani all'importanza della pratica dell'attività fisica. L'intervento sarà realizzato attraverso la collaborazione di un'equipe di medicina dello sport formata, oltre che dal medico dello sport, anche dal nutrizionista e dallo psicologo.

La formazione degli insegnanti di educazione fisica sarà compito degli specialisti in medicina dello sport e nutrizione e sarà effettuata attraverso corsi e/o seminari. Gli insegnanti di educazione fisica e/o i laureati in scienze motorie prepareranno idonei programmi di attività motoria da svolgere all'interno della scuola.

Regione Sicilia

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

Nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 sono presenti:

- *Prevenzione dell'obesità infantile. Progetto attivato dal 2006, solo su un distretto per ASP. Si prevede che sia esteso almeno ad un altro distretto per ogni ASP.*
- *Programma "Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)".* Si intende sperimentare la "prescrizione" dell'attività fisica a soggetti con fattori di rischio cardiovascolare (obesità, ipercolesterolemia) o con patologie, come il diabete, che beneficiano dell'attività fisica, somministrandola in modo controllato e personalizzato. Sono coinvolti gli MMG per l'individuazione dei soggetti, i Centri di Medicina dello Sport delle ASP per la valutazione e la prescrizione, e centri specializzati per la somministrazione. Inizialmente verranno coinvolti solo alcuni distretti, per valutare le strutture disponibili, l'organizzazione del percorso ed eventuali criticità, in vista di una strutturazione organizzativa regionale. Si intende proseguire la sorveglianza sullo stato nutrizionale, le abitudini alimentari e l'attività fisica dei bambini della scuola primaria.

Il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 "Piano della salute" (D.P. Reg. 18/07/2011) ha come finalità la promozione della salute. Tra gli obiettivi da raggiungere si individua quello per promuovere comportamenti e stili di vita per la salute e, in particolare, la riduzione dell'obesità che è un importante obiettivo di salute collegato all'alimentazione e all'attività fisica.

Su questi presupposti si basano alcune strategie preventive rivolte prioritariamente, ma non esclusivamente, alla popolazione pediatrica, da svolgersi in collaborazione con le strutture delle Aziende Sanitarie Provinciali preposte alla promozione della salute e alla prevenzione nutrizionale collettiva. Tale attività è eseguita sia attraverso interventi individuali adeguati di correzione degli apporti nutrizionali sia attraverso interventi di promozione e prevenzione nutrizionale collettiva. Nella strategia individuale un ruolo fondamentale è svolto dai PLS che sono in grado di stratificare lo stato nutrizionale dei loro assistiti.

La Regione Siciliana ha coinvolto i PLS in un'azione sinergica e concordata di valutazione dello stato nutrizionale della popolazione di età pediatrica, seguita da interventi adeguati di correzione degli apporti nutrizionali, laddove necessari, prevalentemente attraverso la terapia educativa degli stili di vita principalmente attuata attraverso il counselling motivazionale breve. La strategia di popolazione, attraverso le strutture delle Aziende sanitarie preposte alla prevenzione, mira a diffondere la cultura della promozione della salute e della prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, aumentando, da un lato, le conoscenze sul rischio assoluto che questa condizione comporta per l'organismo e sui fattori di rischio, dall'altro, promuovendo comportamenti per ridurre i fattori di rischio modificabili. In una prima fase, si sono attivate sei linee progettuali da realizzare, dopo valutazione delle risorse disponibili, in ogni ASP inizialmente su un distretto pilota, da cui ricavare informazioni sulle criticità da superare in vista dell'estensione a tutta la Regione entro la durata del Piano.

I piani attivati realizzati sono i seguenti:

- Educazione nutrizionale nella popolazione in età scolare per la prevenzione delle patologie correlate all'alimentazione.
- Promozione delle scelte alimentari nutrizionalmente corrette, con speciale riguardo all'eccessivo introito energetico da spuntini calorici e bevande dolcificate con i distributori automatici.
- Collaborazione con i responsabili e gli operatori di imprese alimentari per il miglioramento della offerta e qualità nutrizionale delle produzioni alimentari.
- Uniformare in ambito regionale gli interventi per la ristorazione collettiva scolastica e assistenziale definendo criteri di indirizzo per la loro applicazione.
- Pianificazione a livello regionale e locale di interventi di promozione e sostegno allo svolgimento di un'adeguata attività motoria.
- Promozione e sostegno dell'allattamento esclusivo al seno almeno fino al sesto mese di vita.

Il piano è rivolto all'intera popolazione regionale quale obiettivo finale di pianificazione regionale. La Regione partecipa, inoltre, attraverso le strutture delle Aziende Sanitarie Provinciali preposte alla promozione, prevenzione e sorveglianza nutrizionale collettiva ai seguenti Progetti:

- Progetto Interregionale "E... vai con la Frutta" relativo alla promozione del consumo di frutta nelle scuole con altre 4 Regioni Toscana, Campania, Puglia, Marche con il supporto scientifico del CREPS – Università di Siena.
- Progetto nazionale OKkio alla SALUTE relativo alla sorveglianza delle abitudini alimentari e dell'attività fisica in età scolare.
- Progetto Nazionale di promozione del consumo del sale iodato.
- Progetto Nazionale di promozione del consumo di Acido Folico con la Dieta.
- Progetti Transnazionali HBSc e GYPS relativi alla rilevazione degli stili di vita degli adolescenti.
- Progetto OKkio alla ristorazione volto alla promozione della corretta alimentazione (con altre 5 Campania, Emilia-Romagna, Lazio Marche e Veneto, finalizzato al miglioramento dell'offerta nutrizionale attraverso la ristorazione collettiva e al monitoraggio dei consumi di frutta e verdura attraverso la costituzione di una rete inter-regionale composta dai SIAN delle ASL e dalle aziende di ristorazione collettiva per promuovere la diffusione e adozione di corretti stili alimentari.

Tutte le attività progettuali sopra descritte integrano e ampliano le attività istituzionali di promozione, prevenzione e sorveglianza nutrizionale collettiva e gli interventi igienico-nutrizionali per la ristorazione scolastica e collettiva realizzate dalle strutture delle Aziende Sanitarie Provinciali.

La prevenzione dell'obesità viene considerato un obiettivo prioritari del piano sanitario regionale 2011-2013 da conseguire entro il 31 dicembre 2013 e costituisce un elemento di valutazione dei direttori generali di tutte le aziende del SSR. Si prevede una sensibile riduzione dell'obesità infantile in Sicilia sino al conseguimento dei migliori standard nazionali in collaborazione con le istituzioni scolastiche.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, approvato con decreto del 30/12/2010, n. 3220, prevede progetti per la prevenzione e la tutela della popolazione anziana:

- *Programma "Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico"*

Gli incidenti domestici rappresentano ancora oggi uno dei principali problemi di sanità pubblica, che interessa soprattutto i bambini, le casalinghe e gli anziani. Questi ultimi hanno un peso rilevante: essi sono permanentemente esposti a un insieme di fattori di rischio presenti nella casa, fattori che interagiscono con quelli di tipo personale (malattie presenti, trattamenti farmacologici in corso, abuso di bevande alcoliche), rendendo altamente probabile un evento accidentale. L'intervento si basa da una parte sull'aumento della conoscenza dei rischi e della sicurezza delle abitazioni, dall'altro sul potenziamento delle abilità motorie dell'anziano. Nella Regione Sicilia il progetto è stato attivato dal 2006 e ha coinvolto scuole materne, casalinghe e gruppi di anziani. Si prevede la sua prosecuzione ed estensione sul territorio regionale.

Obiettivi specifici:

- Miglioramento dell'efficienza attraverso l'aumento dell'attività fisica negli anziani.
- Diffusione conoscenza dei rischi domestici.
- Riduzione della mortalità e degli esiti degli incidenti domestici.

– Programma “Sorveglianza delle condizioni di fragilità dell’anziano” – PASSI d’Argento

L’invecchiamento della popolazione è un traguardo e una sfida. Spesso però non sono note le necessità, anche sociali, degli anziani sul territorio, né il carico assistenziale cui danno luogo. Pertanto si ritiene utile diffondere la conoscenza dell’Indagine PASSI d’Argento effettuata nel corso dell’anno, coinvolgendo gli stakeholders anche del settore sociale. Inoltre si intende verificare la fattibilità di un registro delle invalidità utilizzando i dati in possesso dell’INPS, eventualmente incrociati con i dati dei ricoveri. Da questi ultimi verrà ulteriormente stimato il carico di patologia relativo agli anziani sul territorio.

Obiettivi specifici:

- Identificazione del carico assistenziale per gli anziani sul territorio per il miglioramento dei servizi.
- Valutazione e progettazione di strumenti di sorveglianza sulla qualità dell’assistenza agli anziani.

In Sicilia, in particolare, i progetti realizzati hanno avuto come destinatari gli anziani autosufficienti e fondamentalmente si è trattato di iniziative di aggregazione e socializzazione, realizzate mediante interventi di tipo culturali, formativi e ricreativi, finalizzate a prevenire condizioni di isolamento ed emarginazione della popolazione anziana. Essi, inoltre, sono stati promossi principalmente dalle organizzazioni di volontariato decentrate che fanno capo ad una macro-struttura centrale nazionale (esempio AUSER, ANTEAS, AVULSS, ADA, Confraternita Misericordia, Gruppi di Volontariato Vincenziano), di solito coordinati dal Centro di servizi per il volontariato di Palermo (CESVOP).

Nello specifico alcuni dei progetti più interessanti realizzati dalle organizzazioni considerate per l’anno 2009, sono stati:

- progetto “Elisir di lunga giovinezza” (AUSER circolo Letizia Colajanni- CL);
- progetto “Io- Tu- Noi” e progetto “laboratori dello stare insieme” (Associazione Gela Famiglie-Gela);
- progetto “Nati per leggere”(Associazione Impara a sorridere- Sciacca);
- progetto “LEGALIBERTÀ” (Associazione Sans Souci ONLUS - Santa Caterina di Villamosa);
- progetto “Nonni vigili” (ANTEAS – prov.le CL);
- progetto gestione del Verde pubblico (AUSER Niscemi);
- escursioni e animazione estiva: “progetto Anziani al mare”, “progetto C’era una volta un Castello ... a mare” (AVULSS TRAPANI);
- “progetto stessa spiaggia per qualche anno in più” (AUSER MARSALA);
- progetto “scuola e volontariato” (AUSER MARSALA);
- “Carta del benessere dell’anziano” (ADA regionale-Sicilia);
- “In corsia” (Associazione VIP-vivere in positivo);
- progetto in collaborazione con il centro minorile per lo scambio intergenerazionale (Associazione Spazio Libero);
- “Il suono di Babele: anziani emigrati e immigrati a confronto” (AUSER R. Chinnici-Misilmeri);
- progetto- realizzazione e rappresentazione “Racconto dell’Epoepa Ruggeriana a Cefalù” (AUSER Cefalù);
- cura del verde pubblico e corso di Micologia (ANTEAS-Marineo);
- “Gruppo Benessere” (ADA-Provinciale Palermo);
- “Festa dell’anziano” (ANTEAS-Monreale);
- “Recupero della memoria” (AVULSS-Cefalù);
- “Vai con il tempo” (Organizzazione Europea Vigili del Fuoco volontariato di protezione civile-Palermo).

Complessivamente, oltre alle iniziative più classiche (cura del verde pubblico, animazione in spiaggia, educazione alla salute, ecc), progetti che si sono distinti hanno riguardato attività di scambio intergenerazionale nelle scuole e forme di confronto di esperienze migratorie tra anziani e giovani immigrati.

Promozione attività fisica

Linee Guida “Progetti-obiettivo” previsti dal Piano Sanitario Nazionale. Per consentire la realizzazione di interventi idonei a fornire una risposta alle persone e alle famiglie con anziani non autosufficienti, la Regione ha emanato una serie di azioni che individuano priorità e ambiti di intervento tra cui l’Attività Motoria Anziani: che si inserisce nel programma di informazione e sensibilizzazione per la prevenzione delle malattie croniche e il mantenimento dell’efficienza fisica negli anziani.

Regione Toscana

Prevenzione dell’obesità del sovrappeso

Nel paragrafo dedicato all’alimentazione e salute del Piano sanitario regionale 2005-2007 è presente una parte sulla prevenzione e cura dell’obesità. In questo atto vengono indicate le linee direttive per affrontare il problema: “sorveglianza epidemiologica sul comportamento alimentare e sui disturbi connessi:

- Prevenzione e promozione di corretti stili di vita e in particolare educazione alimentare e all’attività motoria”.
- Definizione di percorsi diagnostici terapeutici fruibili a livello regionale per gli obesi.
- Sviluppo della ricerca.

A supporto di tali azioni vengono individuate le seguenti figure professionali: medici e PLS, per il ruolo centrale da questi svolto nei confronti delle famiglie”.

Per quanto riguarda la sorveglianza epidemiologica risulta “basilare attivare una rete di sorveglianza epidemiologica regionale in ambito nutrizionale. Infatti la Regione Toscana effettua da anni un’attenta sorveglianza epidemiologica sul fenomeno dell’obesità infantile attraverso due studi ormai consolidati:

- il Progetto integrato di sorveglianza nutrizionale, rivolto ad un campione rappresentativo regionale di ragazzi di 8-9 anni di età, condotto dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) delle Aziende USL toscane, con il coordinamento scientifico dell’Università di Siena. L’indagine produce informazioni circa lo stato nutrizionale e le abitudini alimentari rilevate tramite questionari somministrati nelle scuole;
- il Progetto HBSC sugli stili di vita dei giovani (*Health Behaviour in school-aged Children*), condotto nell’ambito dell’Accordo quadro di collaborazione fra l’Ufficio Regionale per l’Europa dell’OMS e la Regione Toscana. Lo studio produce informazioni su alimentazione e attività fisica anche delle fasce di età di 11, 13 e 15 anni, con la possibilità di confronto dei dati con quelli nazionali e internazionali.

Sulla base dei contributi forniti da entrambi gli studi di sorveglianza attiva è possibile configurare un programma regionale di contrasto all’obesità infantile che fa perno:

- sulla mobilitazione e il coordinamento intersettoriale degli interventi per la promozione di corretti stili di vita in rapporto all’alimentazione e all’attività motoria;
- sulla costruzione della rete regionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell’obesità, articolata in livelli di intervento territoriale (pediatri di famiglia, MMG, centri ambulatoriali di riferimento) e ospedaliero.

Tra le azioni e strategie regionali si prospetta quindi un programma d’azione secondo le seguenti direttrici, già definite dettagliatamente nella DGR n. 657 del 17/09/2007, che riprendono le linee di indirizzo stabilite dal Piano Nazionale Prevenzione e dal progetto “Guadagnare salute”:

- prevenzione e promozione di corretti stili di vita e in particolare educazione alimentare e all’attività motoria;
- definizione della rete regionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell’obesità.

Sulla base di quanto realizzato con il precedente Piano Sanitario Regionale vengono individuati i seguenti obiettivi per la prosecuzione del progetto “Alimentazione e salute”:

- prosecuzione della sorveglianza nutrizionale, secondo progetti regionali e studio HBSC;
- partecipazione ai progetti interregionali promossi dal Centro Controllo Malattie (CCM) in tema di alimentazione e salute;

- applicazione delle linee guida già approvate dall'apposito gruppo di lavoro, e in particolare:
 - realizzazione di progetti mirati di promozione di stili di vita salutari;
 - promozione dell'attività fisica;
 - promozione dell'allattamento al seno;
 - valutazione dell'efficacia dei progetti e individuazione delle best practice;
 - creazione in tutte le ASL di un percorso assistenziale per il soggetto obeso.

La prevenzione primaria dell'obesità si basa sull'adozione di corretti stili di vita, in particolare recentemente sono state approvate:

- *Delibera Giunta Regionale 12/12/2011 n. 1119 - Indirizzi per la programmazione regionale in ambito nutrizionale 2012-2013.* Gli obiettivi del PSR 2008-2010 che sono stati condivisi dai SIAN nel triennio per lo svolgimento dell'attività riferiti in particolare all'area nutrizionale sono: 4.3.3.1 Contrasto all'obesità infantile e promozione di sani stili di vita in età pediatrica progetti regionali specifici applicabili all'Area Nutrizionale dell'U.F. IAN sono: Progetto: Programmi efficaci per la prevenzione dell'obesità: il contributo dei SIAN";
- *Progetti relativi all'applicazione della Delibera Giunta Regionale 4 aprile 2011, n. 217 - Azioni di promozione alla salute per l'anno 2011 in particolare Allegato A Promozione della salute: programma di attività per l'anno 2011 Parte A - Indirizzi ai Poli di Area Vasta e alle Aziende sanitarie per interventi di promozione della salute rivolti alla popolazione adulta e Parte B Linee di intervento per il benessere giovanile: dal progetto al programma Di Testa mia.*
- Gli studi epidemiologici di riferimento sono:
 - Sistema di sorveglianza "Passi" Regione Toscana;
 - Indagine OKkio alla SALUTE;
 - HBSC;
 - EDIT;
 - Multiscopo ISTAT.

In attuazione del progetto speciale 10 "Alimentazione e salute", di cui al Piano Sanitario Regionale 2005/2007, è stata costituita la Commissione regionale "Alimentazione e Salute" (Decreto Direzionale n. 7359/2005) che ha avuto l'incarico di elaborare in modo organico e unitario una strategia complessiva diretta alla prevenzione e cura dell'obesità.

Nell'ambito della commissione, sono stati costituiti tre gruppi di lavoro con il mandato di sviluppare linee di indirizzo regionali, in particolare in merito a:

- Epidemiologia, sorveglianza, monitoraggio.
- Prevenzione, promozione di corretti stili di vita.
- Percorso assistenziale del soggetto obeso.

Le linee di indirizzo sono state completate, approvate dalla Commissione regionale "Alimentazione e salute" e ratificate con DGR n. 617/2007, "Linee di indirizzo in tema di sorveglianza nutrizionale, prevenzione e promozione di sani stili di vita, realizzazione di una rete integrata di servizi per la diagnosi e la terapia dell'obesità".

La Regione Toscana è anche partner con altre 4 Regioni Marche, Campania, Puglia Sicilia con il supporto scientifico del CREPS - Università di Siena, del Progetto Interregionale Buone pratiche sull'alimentazione meglio noto come "E... vai con la Frutta" con l'obiettivo di promuovere il consumo di frutta e verdura oltre che nelle scuole anche nei luoghi di lavoro.

Nel Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007 è presente il Progetto alimentazione e salute". Tale progetto si propone come obiettivo generale sia di sviluppare una strategia che affronti le azioni necessarie per monitorare il comportamento alimentare in Toscana e promuovere stili di vita sani nella popolazione, sia di sviluppare una strategia che definisca obiettivi e strumenti specifici per l'obesità.

Il Piano ha lo scopo di individuare un progetto unitario che affronti in modo organico e completo il problema secondo le linee direttive di seguito elencate:

- sorveglianza epidemiologica sul comportamento alimentare e sui disturbi connessi;
- prevenzione e promozione di corretti stili di vita e in particolare educazione alimentare e all'attività motoria;
- definizione di percorsi diagnostico terapeutici fruibili a livello regionale per gli obesi;
- sviluppo della ricerca.

Il concetto di una sana alimentazione viene ripreso nelle progettualità del Piano regionale di prevenzione 2010-2012.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, approvato con deliberazione di Giunta Regionale n. 1176 del 28 dicembre 2010, prevede delle strategie per superare le visioni settoriali sia in campo sociale che in campo sanitario, presumendo un insieme di sistemi condivisi e sostenibili nell'organizzazione pubblica della sanità a favore della popolazione anziana, in grado di dare risposte ai bisogni complessi, con azioni "sincrone".

Vengono delineate una serie di interventi che favoriscono l'invecchiamento attivo e l'autonomia delle persone con disabilità:

- *Anziani-Fragilità: sviluppo di strumenti per la prevenzione della non autosufficienza e l'individuazione precoce della fragilità*

Stili di vita: realizzazione di campagne di informazione/ educazione

Il costante aumento della popolazione ultra65enni spinge le amministrazioni locali verso la programmazione di interventi volti al mantenimento dell'autonomia personale e alla riduzione dell'instaurarsi di condizioni disabilitanti dovute sia a malattie croniche che ad eventi acuti. Una strategia aggiuntiva e probabilmente ancor più cost-effective è rappresentata dalla promozione di interventi di prevenzione della disabilità progressiva specificatamente rivolti agli anziani a più alto rischio di perdita dell'autosufficienza, comunemente definiti anziani "fragili".

Considerando che, a parità di fattori di rischio presenti, il rischio relativo di perdita dell'autosufficienza aumenta con l'aumentare dell'età e che, invece, la potenziale efficacia degli interventi di prevenzione diminuisce con l'aumentare dell'età il sottogruppo di popolazione prioritario per interventi di prevenzione secondaria della fragilità potrebbe essere rappresentato dai circa 60mila 75-84enni ad altissimo rischio di perdita dell'autosufficienza presenti nella Regione. A questo proposito, considerando anche i risultati dello studio PASSI d'Argento (2009), si ritiene importante evidenziare la necessità di promuovere l'attività fisica anche attraverso i programmi di Attività Fisica Adattata (programmi di esercizi non sanitari, svolti in gruppo presso palestre pubbliche o private, appositamente predisposti per cittadini con patologie croniche, finalizzati alla modificazione dello stile di vita per la prevenzione della disabilità, attivati in tutti i territori delle AUSL.

Un interessante esempio che merita di essere preso in considerazione, sia per la tematica considerata che per la spinta verso una specifica legislazione regionale che ha saputo stimolare, è quello dei programmi di promozione dell'attività fisica adattata promosso e coordinato dal Dipartimento della Riabilitazione e delle Fragilità della ASL 11 della Regione Toscana, in collaborazione con le Società per la Salute di Empoli e del Valdarno Inferiore⁶, esperienza in stretta relazione con la DGR 30/05/2005, n. 595 della Regione Toscana, che ha compiutamente definito una serie di condizioni che consentono l'accesso alle prestazioni ambulatoriali di riabilitazione e le condizioni di salute per le quali sono attivabili percorsi di attività motoria adattata nell'ambito dei Piani Integrati di Salute.

Nel caso di condizioni cliniche a bassa complessità (sindromi algiche da ipomobilità), il Medico di Medicina Generale o il Medico Specialista indirizzano il cittadino a un apposito centro di coordinamento gestito dalla ASL 11, che ha il compito di identificare la struttura o la società o l'ente di promozione sportiva più opportuno presso cui il cittadino possa seguire corsi di attività fisica adattata. Questi interventi sono definiti come non sanitari e, non rientrando nei Livelli Essenziali di Assistenza, il loro finanziamento non è a carico del Sistema Sanitario Regionale. Nell'ambito di questa iniziativa grande attenzione è stata riservata allo stimolo alla partecipazione di tutti gli attori del territorio capaci di attivare strutture. L'attività viene svolta preferibilmente in palestre o piscine territoriali gestite da enti profit e no-profit che conducevano già programmi di attività motoria e/o sportiva, ed ha coinvolto oltre 4'000 partecipanti in circa 200 corsi (la maggior parte dei quali rivolti a soggetti con postura flessa e mal di schiena) svolti in oltre 50 palestre e 5 piscine. Punto qualificante di questa esperienza degno di nota è stato il suo rapporto stretto con la legislazione regionale DGR 595/05, che, come già citato, ha distinto esplicitamente un percorso "extrasanitario" per le algie da ipomobilità, riferito specificamente alle artrosi, all'osteoporosi a

rischio di frattura e agli “esiti di disabilità stabilizzata, con riduzione delle capacità motorie non suscettibile di ulteriore livello di recupero” basato sull’attività fisica adattata (a sua volta definita dal DGR 1081/05, che fissa, tra l’altro, un costo sociale dei corsi presso centri sportivi legati a Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, a e 2.00 a incontro), dai due percorsi “assistenziali” di Medicina fisica e di Riabilitazione, rivolti a condizioni di disabilità di tipo segmentario, suscettibili di modificabilità (senza esiti di disabilità strutturata) e riferibili a una serie di specifiche condizioni cliniche acute o in fase di riacutizzazione, per i quali sono proposti pacchetti di prestazioni (indicate dal Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche della Regione Toscana di cui al DGR 1082/05) da erogare in strutture ambulatoriali.

– *Miglioramento della sicurezza delle abitazioni – Azienda USL 10 di Firenze (capofila)*

Il progetto si propone di definire una serie di suggerimenti progettuali riferiti tanto agli interventi sul patrimonio esistente che alle nuove costruzioni volti ad elevare la loro sicurezza e fruibilità (accessibilità comunicatività ambientale, comfort, ecc.) e di favorire il recepimento dei suggerimenti progettuali in atti ufficiali regionali di indirizzo della Regione Toscana e nei regolamenti edilizi comunali, previo confronto con gli Ordini e Collegi professionali e Associazioni di categoria.

– *La prevenzione della disabilità negli anziani ad alto rischio di declino funzionale: definizione e sperimentazione di strumenti e interventi – ARS Toscana, Società della Salute Valdichiana Senese, Società della Salute Fiorentina S-E, Università di Firenze, Az. Sanitaria Fiorentina, Age.Na.S.*

Questo progetto si propone di definire linee guida condivise per l’identificazione dell’anziano fragile e la successiva promozione d’interventi di prevenzione della disabilità nel contesto dei servizi socio-sanitari territoriali. S’intende perseguire tale obiettivo sviluppando e integrando alcune linee di progettazione sperimentale con particolare riferimento a due progetti pilota attivati, in collaborazione con ARS, in due distretti socio-sanitari della Toscana. Si tratta di progetti integrati socio-sanitari, gestiti dalle rispettive Società della Salute e finalizzati alla prevenzione della disabilità nell’anziano fragile, consistenti in:

- una fase di screening della fragilità tramite questionario postale prodotto adattando alla situazione italiana il questionario di *Sherbrooke*;
- una valutazione multidimensionale di secondo livello effettuata da personale infermieristico o sociale;
- una fase di intervento, costituita dall’invio delle persone valutate a specifici interventi di prevenzione.

Questo progetto si pone come obiettivi:

- il perfezionamento dell’organizzazione dello screening e degli strumenti di valutazione multidimensionale di secondo livello a oggi definiti, sia valutando esperienze simili svolte in altre Regioni (con la collaborazione dell’Agenas) sia grazie ai contributi qualificati della Cattedra di Geriatria dell’Università degli Studi di Firenze e della UO Geriatria dell’Azienda Sanitaria di Firenze, che sono già impegnati da tempo in progetti di ricerca sulla fragilità nell’anziano, come testimoniato rispettivamente dall’attuale impegno in campo per il progetto SIFA’1 e dai risultati prodotti negli anni dallo studio InChianti;
- la prosecuzione e l’ampliamento della sperimentazione di tali strumenti nei due progetti sopradescritti;
- l’identificazione degli interventi di prevenzione della disabilità negli anziani fragili di cui esista evidenza di efficacia secondo i metodi dell’EBP (avvalendoci della notevole esperienza accumulata in questo campo dall’ARS13) allo scopo di definire percorsi efficaci di promozione degli stessi nelle popolazioni in studio.

Gli strumenti definiti saranno sperimentati sottoponendo a screening la popolazione 70-84enne residente in SdS Valdichiana e in sei comuni della SdS Fiorentina Sud-Est (circa 18mila anziani complessivamente) e sottoponendo a valutazione di II livello gli anziani risultati fragili allo screening secondo criteri predefiniti. Lo scopo ultimo di fornire indicazioni utili per la progettazione di interventi finalizzati alla prevenzione della disabilità in anziani ad alto rischio di declino funzionale. La popolazione intervistata potrebbe costituire una coorte per successivi studi di efficacia.

– *La sfida della Cronicità*

Promuovere il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscono la continuità della presa in carico (come il *Chronic care model*) migliorando integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali – di *target* particolarmente fragili quali anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc.

In area socio-assistenziale va citata la Legge Regionale 24/2/2005, n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”, che all'art. 54 sancisce la necessità, da parte delle Regione Toscana, di promuovere interventi di politica sociale finalizzati alla salvaguardia della salute e dell'integrità psicofisica delle persone anziane.

Va richiamato il DCR 16/2/2005, n. 22 – “Piano Sanitario Regionale 2005-2007”, che in continuità con quanto previsto nel Piano Regionale di sviluppo 2003-2005, Vivere bene in Toscana, nel piano integrato sociale regionale, punto 6, e nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004 (punto 5.3.1.1.) promuove specifiche azioni di sostegno dei soggetti anziani fragili, sia per quanto riguarda la situazione clinica del paziente sia per quanto riguarda la sua condizione sociale. In particolare i sopracitati atti programmatori promuovono una serie di interventi nei confronti della popolazione ultrasessantacinquenne, in condizioni di solitudine e di possibile difficoltà che può aver bisogno di informazione, orientamento, aiuti e sostegni per continuare a vivere nel proprio contesto di vita. La Regione ha previsto una serie di modalità per il raggiungimento degli obiettivi che potranno realizzarsi grazie ad un alto livello di integrazione interistituzionale, in particolare tra comuni e Aziende Sanitarie, e interprofessionale, in particolare tra gli MMG e i servizi sociali territoriali di base, attraverso l'attivazione di programmi-progetti volti a prevenire o ridurre la non autosufficienza.

Lo sviluppo e la valorizzazione degli anziani prosegue anche nel Piano Integrato sociale Regionale 2007-2010 nel quale si prevede lo sviluppo di azioni integrate coordinate a livello regionale, per la fragilità: prevenzione e sorveglianza attiva.

L'organizzazione dei servizi rivolti alla persona anziana “fragile” deve essere comunque ispirata ad una visione “positiva” della salute degli anziani, investendo in risorse e attenzioni per prevenire lo stato di non autosufficienza e permettere una vecchiaia serena nel proprio “ambiente di vita”.

Anche nell'ultimo Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (DCR 16/7/2008, n. 53) vengono approfonditi tutta una serie di interventi per la promozione di un invecchiamento attivo e in buona salute. Infatti, nel Piano alla luce dell'avanzato processo di invecchiamento della popolazione, si evidenziano tutta una serie di politiche regionali di assistenza verso le persone anziane che devono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana.

Le politiche regionali sono ispirate al richiamo dell'OMS sui determinanti della salute, intervenendo su tutte le aree tematiche che offrono opportunità per un invecchiamento attivo e in buona salute (*success full aging*) e risoluzione di problemi vitali per le persone anziane.

Sono approfondite in modo particolare tutte quelle azioni integrate, che pongono particolare attenzione alla promozione di un invecchiamento in salute e alla tutela degli anziani fragili. La Regione si impegna ad attuare, ai vari livelli, interventi per il riconoscimento e la prevenzione della fragilità e il contenimento delle sue conseguenze. L'organizzazione dei servizi rivolti alla persona anziana fragile deve essere ispirata ad una visione positiva della salute degli anziani, investendo in risorse e attenzioni per prevenire lo stato di non autosufficienza e permettere una vecchiaia serena nel proprio ambiente di vita.

– *Anagrafe fragilità /ondate di calore estive*

Progetto “Sorveglianza attiva della persona anziana fragile”

In attuazione della Legge n. 41/2005 e dei Piani regionali adottati in ambito sociale e sanitario, la Regione ha definito un progetto con lo scopo di garantire assistenza continua a favore delle persone anziane considerate a rischio soprattutto nei mesi estivi e invernali.

Il progetto, avviato nel 2004 per fornire un supporto durante il periodo estivo, è stato progressivamente allargato a tutto l'arco dell'anno. Anche per il 2010 la Regione Toscana a messo a disposizione del progetto la somma di 2,3 milioni di euro da ripartire fra le varie zone distretto.

La Giunta Regionale con specifiche deliberazioni annuali (es. DGR n. 534 del 17/5/2010; DGR 20/4/2009, n. 302) ha approvato lo schema di protocollo di intesa, da sottoscrivere con le organizzazioni sindacali dei pensionati (Spi-Cgil, Fnp-Cisl, Uilp-Uil), relativo al progetto "Sorveglianza attiva della persona anziana fragile".

In particolare è stata approvata la DGR 25/6/2007, n. 480 relativa alle linee guida per la costituzione di un archivio strutturato della persona anziana fragile.

Il progetto mira a realizzare una sorta di censimento territoriale di tutte le persone con più di 75 anni considerate "fragili", quelle cioè che vivono da sole, prive di sostegni socio-relazionali, con problemi di salute che ne compromettono l'autonomia.

Il Distretto, in collaborazione con le Società della salute, richiede ai comuni inseriti l'elenco anagrafico degli ultrasessantacinquenni che vivono da soli o in coppia, su supporto informatizzato.

Questo consente, attraverso l'incrocio con le banche dati in possesso dei servizi socio-sanitari, di escludere quegli assistiti già conosciuti perché in carico ai servizi territoriali di assistenza domiciliare sociale o sanitaria e di avviare un confronto con gli MMG e gli operatori sanitari e sociali per individuare le persone che presentano bisogni assistenziali, attraverso la compilazione di schede predisposte dall'Ars, l'Agenzia regionale di sanità.

L'obiettivo è di costruire una sorta di scheda anagrafica per la sorveglianza attiva della persona anziana fragile su supporto informatizzato: questo consentirà di avere a disposizione una banca dati che possa dare un quadro completo delle persone over 75 che si collocano nell'area della non autosufficienza e dell'emarginazione sociale e di organizzare percorsi di assistenza personalizzata "a bassa soglia".

– *Ricerche/studi/proposte*

A questo proposito, la Regione Toscana ha introdotto una serie di Progetti speciali di interesse regionale volti all'attivazione di interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana:

- Progetto di ricerca SIFA (Studio d'Intervento sulla Fragilità dell'Anziano) dell'Università degli studi di Firenze, sulle procedure e gli strumenti per l'identificazione precoce dell'anziano fragile sul territorio e la prevenzione della non autosufficienza.
- Studio BISS (Bisogno Socio-Sanitario degli anziani) in Toscana è un'indagine trasversale sulla condizione degli anziani in Toscana condotta su un campione rappresentativo degli ultra65enni, residenti, stratificati per genere, classe d'età e zona distretto. È stato costruito per rilevare tra le altre cose, sia il numero atteso di anziani non autosufficienti residenti in Toscana per ciascun "livello isogravità del bisogno" individuato sulla base delle procedure valutative previste dal Progetto, sia il numero atteso di anziani fragili, cioè a più alto rischio di perdita di autonomia.
- Progetto InChianti, uno studio di popolazione effettuato su soggetti anziani residenti nell'area del Chianti. L'obiettivo principale è quello di tradurre la ricerca epidemiologica in strumenti di clinica geriatrica che rendano possibile effettuare diagnosi più precise e trattamenti più efficaci nelle persone anziane con problemi di mobilità.
- Studio ICARE – Dicomano è uno studio longitudinale effettuato pochi anni prima, che, come specifica l'acronimo, è stato concepito per studiare l'insufficienza cardiaca negli anziani.
- Progetto "Prevenzione disabilità negli anziani fragili" della Val di Chiana è inserito nel Piano Integrato di Salute della Zona Val di Chiana 2006-2008 ed è finalizzato alla pianificazione di interventi per anziani ultra 75enni sulla base dei profili di rischio individuati per mezzo di una indagine conoscitiva.

L'obiettivo del progetto è quello di attivare una rete di sorveglianza attiva sul territorio in modo da rispondere in maniera adeguata, tempestiva e integrata ai bisogni di questa parte di popolazione anziana. Il progetto si propone di rispondere alle esigenze di prevenzione della disabilità favorendo un sostegno all'anziano e al nucleo familiare in regime domiciliare. Tale obiettivo richiede pertanto una risposta differenziata e flessibile, che possa adattarsi ai bisogni della popolazione a cui si rivolge.

Il progetto prevede alcune fasi fondamentali che comprende:

- Indagine conoscitiva attraverso la somministrazione di brevi questionari al target.

- Realizzazione di un registro informatico degli anziani individuato costantemente aggiornato.
- Definizione e attivazione di programmi di intervento da associare ai profili di rischio.

Promozione attività fisica

DCR 21/2/2012 n. 18 – Piano regionale per la promozione della cultura e della pratica delle attività motorie, ricreative e sportive 2012-2015.

Un interessante esempio che merita di essere preso in considerazione, sia per la tematica considerata che per la spinta verso una specifica legislazione regionale che ha saputo stimolare, è quello dei programmi di promozione dell'attività fisica adattata promosso e coordinato dal Dipartimento della Riabilitazione e delle Fragilità della ASL 11 della Regione Toscana, in collaborazione con le Società per la Salute di Empoli e del Valdarno Inferiore⁶, esperienza in stretta relazione con la DGR 30/5/2005, n. 595 della Regione Toscana, che ha compiutamente definito una serie di condizioni che consentono l'accesso alle prestazioni ambulatoriali di riabilitazione e le condizioni di salute per le quali sono attivabili percorsi di attività motoria adattata nell'ambito dei Piani Integrati di Salute.

Regione Umbria

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

In Umbria con l'ultimo Piano Sanitario Regionale 2009-2011 sono state poste le basi per un cambiamento strategico di prospettiva rispetto alla prevenzione: il passaggio dalla "tutela della salute" alla "promozione della salute".

Nel Piano sanitario regionale 2009-2011 sono riportati i risultati della rilevazione dell'IMC su di un campione di bambini di 8 anni, svolta nell'ambito del progetto di sorveglianza nutrizionale OKkio alla SALUTE.

Da questa indagine emerge che «[...] il 10% dei bambini è risultato obeso, il 24% sovrappeso e solo il 66% normopeso [...]». Inoltre sono presenti le azioni da svolgere a livello regionale:

- «[...] favorire l'attenzione al problema in tutte le politiche del territorio;
- promuovere un rapporto strutturato con la Scuola nel suo livello regionale, affinché assuma come proprie le intese stabilite a livello nazionale con il progetto ministeriale "Guadagnare Salute";
- attuare nel corso del triennio almeno una nuova campagna di educazione alimentare e marketing sociale per incoraggiare l'adozione di stili di vita salutari e informare il pubblico sui rischi per la salute associati al sovrappeso. [...]».

Nel Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007 vengono individuati i seguenti obiettivi:

1. definire i soggetti cui è appropriato proporre un programma per la perdita di peso da parte del Medico di Medicina Generale;
2. definire gli elementi dei quali occorre tenere conto quando si imposta un programma per la perdita di peso;
3. definire le caratteristiche che un programma per la perdita di peso deve avere per risultare efficace;
4. monitorare l'andamento di un programma per la perdita di peso;
5. gestire il mantenimento o eventuali interruzioni del programma di perdita di peso e possibili ricadute verso comportamenti alimentari non appropriati;
6. gestire le richieste di perdere peso in soggetti normopeso.

Inoltre la Regione si impegna a definire:

- a. un percorso formativo appropriato per MMG, specialisti e servizi territoriali competenti;
- b. attivare nelle aziende processi di *audit* strutturato sui temi in oggetto;
- c. definire, d'intesa con i professionisti appropriati indicatori di outcome.

Nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 (Delibera Giunta Regionale 20/12/2010, n. 1873) viene sottolineata con una serie di progetti l'impegno della Regione nel garantire una adeguata alimentazione e una sufficiente attività fisica anche nei bambini in età scolare.

DGR 6/2/2012 n. 101 – Applicazione delle linee di indirizzo sul riordino dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Umbre, stabilisce che è specifico mandato dei Dipartimenti di Prevenzione per l'anno in corso garantire la prevenzione dell'obesità attraverso la messa a punto di interventi integrati di promozione della salute e presidiare l'attività di sanità pubblica relativa agli screening attraverso la realizzazione effettiva dei "centri screening". Competono quindi alla Macroarea della Sanità Pubblica le funzioni di promozione di stili di vita sani, tramite il coordinamento di tutti gli interventi di promozione ed educazione alla salute attivati nel territorio sia dai diversi Servizi dell'Azienda sanitaria, che dalla scuola o da altri settori del pubblico e/o del privato, nella logica di una programmazione partecipata e con particolare attenzione a garantire nella realizzazione dei suddetti interventi il rispetto degli standard minimi di qualità recentemente adottati su scala regionale. Si debbono inserire in questo ambito le azioni volte a favorire e facilitare fin dalla più giovane età, ma anche nella popolazione adulta e in quella già colpita da eventi cardiovascolari, una alimentazione sana e un adeguato livello di attività fisica, così come quelli finalizzati a prevenire le problematiche alcol correlate e quelli aventi come obiettivo la lotta al tabagismo. È importante ricordare in questo ambito che la lotta all'obesità, in tutte le fasce d'età deve essere assunta dalla macroarea come un vero e proprio obiettivo primario, in quanto anche nella nostra Regione l'obesità deve essere considerata un vero e proprio obiettivo di sanità pubblica.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Fondamentale nella legislazione della Regione è la DGR 12/1/2005, n. 21 "Approvazione atto di indirizzo regionale in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14/2/2001", che definisce proposte in merito a servizi e interventi socio-assistenziali per anziani e loro famiglie, servizi e interventi integrati in raccordo con gli altri Servizi della Direzione Sanità e Servizi sociali.

Le delibera sottolinea come i bisogni assistenziali della popolazione anziana sono fundamentalmente condizionati dalla "fragilità" dei soggetti che necessitano di risposte integrate e di continuità assistenziale che richiedono l'intervento di servizi diversi, strettamente collegati, secondo il principio dei "servizi comunicanti".

Lo stato di salute dell'anziano può essere considerato come la risultante del punto di equilibrio di quattro componenti, la malattia e lo stato funzionale; la condizione sociale e la condizione economica, che devono mantenersi in un *range* di valori il più vicino possibile a quello che precede l'evento disabilitante ai fini del mantenimento di un'idonea qualità della vita.

Recentemente è stato adottato un Il disegno di legge regionale dal titolo "Norme a tutela della promozione e della valorizzazione dell'invecchiamento attivo", in sintonia con quanto previsto dal Piano Sociale Regionale 2010-2012, che promuove l'invecchiamento attivo e la valorizzazione delle persone anziane come risorsa della società attraverso un impegno utile e gratificante. Praticamente prevede la promozione di azioni per il benessere e la prevenzione, per la formazione continua, per incentivare il turismo sociale, individuare strumenti utili a favorire la fruizione della cultura, lo scambio di saperi e conoscenze tra le generazioni, anche attraverso progetti che coinvolgono le scuole.

Il disegno di legge ha individuato come asse di intervento specifico la costruzione di percorsi per l'autonomia e il benessere degli anziani nell'ambito degli abituali contesti di vita, valorizzando il patrimonio di relazioni personali costruito nel tempo.

L'obiettivo che si vuole raggiungere con questa proposta di legge è quello di diffondere la consapevolezza che l'invecchiamento attivo della popolazione non è solo prioritario per il contenimento della spesa pubblica in campo sanitario e assistenziale, ma è davvero un'opportunità per la comunità che potrà avvalersi dell'esperienza e della disponibilità di tempo delle persone di età avanzata, ma ancora in capaci di dare molto agli altri".

Progetto PASSI d'Argento

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, attraverso il Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), ha incaricato la Regione Umbria di definire un modello di indagine periodica, da estendere alle altre Regioni italiane, sulla qualità della vita nelle persone con più di 64 anni. Il progetto ha la durata di due anni (2008-2010).

Dal Progetto PASSI d'Argento emergono ampi margini di manovra per interventi di prevenzione delle malattie e della fragilità, sia attraverso la promozione della salute e l'adozione di stili di vita salutari, sia attraverso il miglioramento degli interventi e dei servizi già disponibili.

Interventi prioritari

Nella Regione Umbria numerosi sono le azioni all'interno delle politiche di invecchiamento attivo. Nel 2011 vengono destinate risorse provenienti dal fondo sociale regionale per finanziare interventi volti ad una fascia di popolazione anziana, che si colloca fuori dalla produzione, con finalità sociali di bene comune, ma già in precedenza la Regione aveva attivato interventi che favoriscono l'invecchiamento attivo e in buona salute della persona anziana, tra cui "Attivare per Prevenire" – un percorso di promozione del benessere, realizzato in Umbria presso i centri per anziani del comprensorio orvietano a partire dal 2005. Il progetto ha preso spunto dalla definizione della Carta di Ottawa del 1986 per la promozione della salute dove si afferma che "La Promozione della Salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla"; in modo particolare l'obiettivo è di sottoporre all'attenzione della terza età e in maniera più generale a tutte le fasce di popolazione, delle semplici regole per prevenire l'insorgere di malattie particolarmente gravi e dannose per il nostro organismo e per stimolare la partecipazione e l'interesse della popolazione a temi così importanti per la salute di tutti.

Il comune di Orvieto, inoltre, in collaborazione con la ASL n. 4 di Terni, le Associazioni di volontariato e i Centri Sociali, si propone attraverso il Progetto "Piano Anziani" di eliminare l'emarginazione riducendo, per quanto possibile, l'inserimento in strutture residenziali e mantenere invece gli anziani nel loro tessuto e contesto socio-familiare, per garantire loro una migliore qualità della vita.

Per affrontare in modo efficace le questioni, la ASL di Terni ha condotto una indagine dalla quale sono emersi i seguenti indicatori per l'Amministrazione:

- promuovere in maniera coordinata gli stili di vita della popolazione anziana;
- identificare i soggetti a rischio fragilità per prevenire la disabilità e le sue implicazioni soggettive per la comunità;
- migliorare la collaborazione tra operatori sanitari e sociali;
- promuovere l'attività fisica dell'anziano;
- verificare le condizioni di salute in modo sistematico;
- creare o rinforzare gli strumenti di "ascolto" degli anziani e del bisogno di salute da loro espresso.

Nel settembre 2008 il comune di Terni ha approvato il Piano annuale dei servizi di welfare comunitario per gli anziani. Il Piano comprende vari servizi quali: "Anziani Insieme", "Anziani in rete", "Telefono verde", "Verde estate". Questa rete di servizi, che si articola in 20 Centri sociali, attivi verrà ulteriormente potenziata nei prossimi anni. Il Piano prende in considerazione anche la rete dei servizi di assistenza domiciliare e nelle residenze protette o socio-assistenziali.

Promozione attività fisica

Delibera Giunta Regionale 6/2/2012 n. 101 – Applicazione delle linee di indirizzo sul riordino dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Umbre, che stabilisce, fra l'altro, "che competono quindi alla Macroarea della Sanità Pubblica le seguenti funzioni (omissis) la promozione di stili di vita sani, tramite il coordinamento di tutti gli interventi di promozione ed educazione alla salute attivati nel territorio sia dai diversi Servizi dell'Azienda sanitaria, che dalla scuola o da altri settori del pubblico e/o del privato, nella logica di una programmazione partecipata e con particolare attenzione a garantire nella realizzazione dei suddetti interventi il rispetto degli standard minimi di qualità recentemente adottati su scala regionale". Si debbono inserire in questo ambito le azioni volte a favorire e facilitare fin dalla più giovane età, ma anche nella popolazione adulta e in quella già colpita da eventi cardiovascolari, una alimentazione sana e un adeguato livello di attività fisica, così come quelli finalizzati a prevenire le problematiche alcol correlate e quelli aventi come obiettivo la lotta al tabagismo.

Il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, approvato con DGR n. 1873 del 20/12/2010, propone una serie di interventi volti a favorire l'invecchiamento "attivo" della popolazione tra cui Progetto "Anziani in cammino", inserito nell'ambito del Programma "La prevenzione e la sorveglianza della

disabilità”. Relativamente agli anziani, al fine di favorire l’adozione di comportamenti che prevengano le cadute dovute agli incidenti domestici e che in genere rallentino la progressione verso la fragilità e la disabilità il sistema sanitario, in collaborazione con tutti i portatori d’interesse della comunità promuove la partecipazione degli anziani ai gruppi di cammino. A tal fine, viene organizzata la formazione degli MMG e la sensibilizzazione dei portatori di interesse per aumentare nel target la percezione del rischio, considerata ancora insufficiente, e supportare la partecipazione ai gruppi di cammino.

Azioni: Organizzare e promuovere a livello di ciascuna ASL l’attività fisica tra gli anziani; intraprendere iniziative tese ad incrementare la diffusione dell’attività fisica tra la popolazione anziana agendo anche sul fronte della sensibilizzazione rispetto ai rischi.

In particolare si opererà per avvalersi della collaborazione dei portatori di interesse che possono ampliare la loro iniziativa verso la fascia di età over 64enni per coinvolgere gli anziani nella pratica non agonistica e nelle attività ricreative del tempo libero.

Gli operatori, in particolare gli MMG, e i diversi portatori di interesse sono coinvolti per aumentare le informazioni in possesso dei cittadini non solo rispetto ai rischi, ma anche e soprattutto per favorire la partecipazione alle attività ricreative.

Risultati attesi: Incremento del n. di over 64enni informati sui rischi causati dalle cadute; Incremento del n. di over64 che partecipano ai gruppi di cammino.

Attività e indicatori

- Ridurre il tasso di eventi traumatici in ambiente domestico negli over 64enni del 10% nel triennio rispetto al valore dell’anno 2009;
- incremento del numero di over 64enni informati sui rischi causati dalle cadute Incremento del numero di over 64enni che svolgono un’attività fisica costante e moderata;
- formare gli MMG al counselling rivolto agli over 64enni rispetto ai rischi domestici e alla necessità dell’attività fisica per prevenire le cadute;
- produrre campagna informativa;
- concertare con i Coordinatori della rete della promozione della salute delle 4 asl e con le associazioni il programma delle attività;
- organizzare e promuovere a livello di ciascuna ASL l’attività fisica tra gli anziani.

Regione Valle d’Aosta

Prevenzione dell’obesità e del sovrappeso

Uno degli obiettivi del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2006-2008 è quello di «Promuovere programmi di prevenzione primaria per la promozione della salute e per la tutela dai rischi». L’azione indicata per il perseguimento di tale obiettivo è quella della promozione di corretti stili di vita attraverso la realizzazione di interventi. Tra questi, è presente quello che ha lo scopo di «[...] promuovere programmi per la sorveglianza e la riduzione dell’obesità infantile [...]». Questo obiettivo è stato poi ripreso nel PSR 2011-2013.

Il “Programma per la sorveglianza e la prevenzione dell’obesità infantile” presente nel Piano Regionale di Prevenzione 2006-2008 ha come obiettivo generale quello «[...] di realizzare un “Centro per il Monitoraggio, la Prevenzione e il Trattamento dell’Obesità in Età Pediatrica” attraverso le seguenti attività:

- Fase 1 (propedeutica): ricerca esplorativa che consiste nella rilevazione dei principali valori antropometrici.
- Fase 2 (articolazione operativa sistema): di sorveglianza informatizzato capace di raccogliere e di confrontare, con le tabelle di crescita nazionali, i valori antropometrici di tutta la popolazione pediatrica valdostana.

Segue la Prevenzione primaria con l’introduzione nel corso pre-parto dei seguenti temi:

- a) cos’è l’obesità infantile e quali bambini sono a rischio;
- b) come l’esempio genitoriale influenzi lo stile di vita del bambino;
- c) ruolo preventivo dell’alimentazione:

- durante la gravidanza (correlazione tra peso alla nascita e obesità);
 - nei primi mesi di vita (promozione dell'allattamento al seno);
 - durante lo svezzamento (posticipare l'introduzione di cibi dolci);
 - nell'età prescolare e scolare (incentivare l'utilizzo dell'acqua evitando bevande zuccherate, incentivare cibi genuini ed evitare i preparati industriali eccessivamente raffinati).
- d) ruolo preventivo dell'attività fisica (non intensa ma costante):
- Sensibilizzazione dei pediatri e degli assistenti sanitari dei consultori.
 - Incontro con i genitori dei bambini del range del moderato/medio sovrappeso.
 - Educazione alla salute nelle scuole. [...]».

Il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2013 si pone in continuità con il precedente e prevede anch'esso delle progettualità per prevenire l'obesità tramite la diffusione di buone pratiche per l'alimentazione e l'attività fisica in età prescolare, compreso l'allattamento al seno, in collaborazione tra pediatri, consultori, ospedale regionale, SIAN, asili nido e scuole di ogni ordine e grado e migliorare la qualità nutrizionale delle mense scolastiche attraverso collaborazioni inter-istituzionali.

Prevenzione della disabilità degli anziani

L'iniziativa più significativa per i soggetti anziani è stata l'approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 3726 del 30/12/2010), realizzato in armonia con le direttive nazionali e con gli intendimenti del nuovo Piano regionale per la salute e il benessere sociale. È stato dato il via ad una prima serie di attività, per la popolazione anziana, previste dal Piano relative alla:

- Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana – Ridurre la mortalità e i ricoveri da eventi traumatici (scivolamenti, cadute dall'alto, frattura di femore, ecc.) nella popolazione anziana ospite di strutture (a contributo) attraverso interventi in collaborazione con associazioni, Enti Locali, mondo produttivo.
- Progetto di prevenzione delle patologie odontostomacologiche negli anziani – Riduzione della% delle patologie odontostomacologiche correlate ad una non adeguata masticazione.
- Progetto “Anziani e cronicità” Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie, con verifica del modello assistenziale, con particolare riferimento all'assistenza primaria e specialistica, e attraverso:
 - l'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento;
 - dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte;
 - la protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività;
 - la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità;
 - l'introduzione di elementi favorevoli l'integrazione dell'anziano e disabile nella pianificazione urbanistica ed edilizia (strutture abitative ma anche residenziali collettive).

La Regione pone particolare attenzione alla condizione di fragilità, tanto che nel nuovo Piano Sanitario regionale 2011-2013 approvato con Legge Regionale 25/10/2010, prevede tra “le direttrici che il Piano ha scelto per il triennio 2011-2013” azioni volte a “tutelare la fragilità e valorizzare ogni persona con attenzione alle prime e alle ultime fasi della vita”. L'innalzamento dell'età della popolazione e l'incremento delle polipatologie è il vero problema che anche la Regione Valle d'Aosta si troverà ad affrontare nei prossimi anni, prevedendo politiche integrate nel contrasto della disabilità e della non autosufficienza, orientate sempre alla valorizzazione della persona, qualunque sia la sua condizione di salute o di funzionalità residua, che devono essere progettate in tempi rapidi e che riguardano più ambiti:

- l'organizzazione ospedaliera;
- la presa in carico territoriale;
- il sistema dell'emergenza-urgenza;
- il monitoraggio delle malattie croniche;
- le invalidità;
- il sostegno alle famiglie.

Il Piano intende valorizzare l'invecchiamento che non è da intendersi come un fenomeno solo di accresciuta domanda di assistenza nella non autosufficienza e nella cronicità, ma è anche, per una quota di popolazione crescente, l'opportunità di vivere una fase della vita ricca di opportunità e di occasioni per esprimersi e realizzarsi.

Promozione attività fisica

Anche per il prossimo triennio, il Piano sanitario regionale 2011-2013 valorizzerà il ruolo promozione della salute su alcuni temi tra cui l'attività fisica. Diventa quindi strategico e utile promuovere la salute (intesa non solo come assenza di malattia) a scuola, con il supporto di docenti, studenti, famiglie e operatori socio-sanitari che lavorano in sinergia e collaborazione per favorire il raggiungimento dello stato di benessere psicofisico e sociale nelle giovani generazioni. Educare la popolazione, in particolare i giovani, ad assumere comportamenti corretti, a svolgere con regolarità attività fisica e ad alimentarsi correttamente, rafforza l'autostima, previene il rischio di malattie gravi, l'insorgere di depressioni e disturbi del comportamento e contrasta la dipendenza da sostanze nocive.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2013 prevede dei programmi prevenire promuovere l'attività fisica/ridurre la sedentarietà attraverso *partnership* e alleanze tra scuola, associazioni, sanità ed Enti Locali finalizzate al sostegno di programmi di promozione dell'attività fisica e riduzione della sedentarietà all'interno delle attività curricolari ed extracurricolari, accanto ad iniziative di promozione di ambienti urbani favorevoli all'attività fisica.

Regione Veneto

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

Nel Piano nazionale dei servizi alla persona e alla comunità 2003-2005 si fa riferimento all'obesità in quanto fattore di rischio anche per altre patologie; «[...] vanno pertanto potenziati gli interventi sul sovrappeso e sull'obesità, indicati come prioritari anche nella Delibera n. 3540 del 19/9/1999 della Regione Veneto, che indica l'avvio di un sistema di interventi in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare [...]». Vengono individuate, a tale proposito, le seguenti azioni strategiche: «[...]

- implementare in tutte le Aziende ULSS l'attività di sorveglianza nutrizionale;
- attuare programmi di educazione alla corretta alimentazione nella popolazione in generale;
- promuovere il coinvolgimento, l'educazione e la sensibilizzazione dei soggetti operanti nel campo della alimentazione (produzione, commercio, somministrazione, ecc.) orientandoli alle azioni di miglioramento della qualità dei servizi offerti, anche sotto l'aspetto nutrizionale [...]

Il Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007 si propone le seguenti azioni: «[...]

- Consolidare un sistema di sorveglianza finalizzato a definire prevalenza di sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica su gruppi
- Favorire nelle scuole la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette con interventi nella produzione alimentare e nella ristorazione collettiva.
- Sviluppare, per i bambini, attività educative su nutrizione, educazione al gusto e attività fisica, come parti integranti di programmi di educazione alla salute, tendenti anche a migliorare la capacità dei giovani a individuare le pressioni sociali, incluse quelle pubblicitarie.
- Favorire la creazione presso le ASL di staff operativi che garantiscano una specifica consulenza di tipo preventivo (dietetico-nutrizionale e sull'attività fisica) a fasce di popolazione in particolari situazioni fisiologiche e/o a rischio.
- Aumentare/riqualificare il tempo dedicato all'attività motoria all'interno del curriculum scolastico.
- Intervento di comunità per la promozione dell'attività fisica [...]

Legge Regionale 29/6/2012 n. 23 - Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016 - Le linee guida su cui si impernia la programmazione e sulle quali sono improntate le iniziative per intensificare le azioni di promozione della salute e di prevenzione delle malattie sono anche quelle relative alla Promozione della prevenzione

primaria e della promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze finalizzate a:

- garantire la sorveglianza epidemiologica e la sicurezza nutrizionale con lo scopo di realizzare un sistema coordinato di sorveglianza regionale su sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica della popolazione in età evolutiva;
- promuovere la consulenza dietetico-nutrizionale con lo scopo di migliorare la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi di prevenzione della condizione di sovrappeso/obesità e delle malattie croniche nella popolazione;
- prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, anche attraverso la realizzazione di adeguate campagne informative.

Il nuovo Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 assicura rispetto al passato continuità per quanto riguarda il completamento degli obiettivi di salute definiti dai Piani di Prevenzione adottati negli anni scorsi. In particolare il Piano consolida le linee di lavoro dei precedenti Piani in relazione alla promozione di stili di vita salutari in relazione all'alimentazione, all'attività fisica ecc.

Le molteplici attività avviate nel campo della Nutrizione Preventiva con i precedenti Piani Triennale Sicurezza Alimentare (PTSA) della Regione del Veneto 2002-2004 e 2005 -2007 è continuata anche con il Piano Triennale Sanità Animale e Sicurezza Alimentare (PTSASA.) della Regione del Veneto 2008-2010.

Per quanto attiene alla "Sorveglianza epidemiologica e sicurezza nutrizionale", la Regione del Veneto sin dal 2004 ha realizzato uno studio multicentrico sulla popolazione in età scolastica di 8 e 10 anni (vedi tabelle successive), successivamente ha partecipato al progetto nazionale di sorveglianza nutrizionale denominato OKkio alla SALUTE effettuato nel corso dell'anno 2008 e che ha consentito di rilevare lo stato nutrizionale e lo stile alimentare e di vita su un campione a significatività regionale di bambini che frequentavano le classi terze delle scuole primarie della Regione del Veneto.

A tale progetto hanno partecipato tutte le Aziende ULSS attraverso i SIAN.

La percentuale rilevata, a livello regionale, di soggetti in sovrappeso o obesi è stata complessivamente del 27,3% contro una percentuale nazionale del 34,6%, oltre a consentire di acquisire tutta una serie di informazioni sugli stili alimentari e di vita dei soggetti che hanno partecipato all'indagine citata.

La comunicazione dei risultati acquisiti attraverso la partecipazione a tale progetto, alla popolazione in generale e a scuole, insegnanti e genitori, in particolare è continuata anche per parte dell'anno 2009.

Per quanto attiene a "Ristorazione collettiva", sono state predisposte da un gruppo di lavoro costituito da specialisti della materia, in prevalenza operanti presso i SIAN delle Aziende ULSS e quindi, promulgate con la DGR 20/10/2008, n. 475, le "Linee Guida per il miglioramento della qualità nella Ristorazione Scolastica", giunte alla terza versione dopo quelle analoghe del 2001 e del 2003. A tal fine la Regione Veneto ha partecipato al Gruppo di lavoro interregionale "OKkio alla ristorazione" volto promozione della corretta alimentazione presso la ristorazione collettiva (con altre 5 Regioni, tra cui Sicilia capofila, Emilia-Romagna, Lazio Marche e Campania) "finalizzato al miglioramento dell'offerta nutrizionale attraverso la ristorazione collettiva e al monitoraggio dei consumi di frutta e verdura attraverso la costituzione di una rete inter-regionale composta dai SIAN delle ASL e dalle aziende di ristorazione collettiva per promuovere la diffusione e adozione di corretti stili alimentari.

Per quanto attiene a "Educazione e promozione della salute in ambito alimentare" sono stati promossi, negli anni 2008 e 2009, ulteriori interventi per la promozione di corretti stili alimentari e di vita a contrasto del sovrappeso e dell'obesità sia più specificamente per ambiti specifici (scuole, genitori, ecc.), sia per la popolazione in generale.

Per quanto Attiene al "Consulenza dietetico-nutrizionale", è proseguita l'attività di messa a punto e di validazione di metodi finalizzati ad incrementare la Motivazione al Cambiamento (MAC) nei soggetti con problemi di sovrappeso e di obesità, in modo da poter dare, agli operatori sanitari che operano in tale contesto, degli strumenti più efficaci per contribuire al contrasto del sovrappeso e dell'obesità, attraverso il cambiamento verso stili alimentari e di vita corretti.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Il Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012, approvato con Intesa tra il Governo, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano in data 29/4/2010, prevede che le Regioni adottino un proprio Piano Regionale

Prevenzione per la realizzazione degli interventi che perseguano, in continuità con il Piano Nazionale precedente, lo sviluppo di un congruo numero di linee di intervento, all'interno di specifiche macroaree, e la messa a regime delle attività di sorveglianza e monitoraggio.

Con la delibera della giunta Regionale del Veneto n. 3139 del 14/12/2010, vengono approvate le linee e i progetti di intervento del nuovo Piano Regionale Prevenzione, linee di lavoro che tengono conto del consolidamento ed estensione degli obiettivi raggiunti negli anni precedenti, sviluppano le nuove macroaree individuate dal Piano Nazionale prevenzione sulla scorta dei dati forniti dai sistemi di sorveglianza sanitaria. Molte di tali azioni riguardano la prevenzione della perdita di autonomia nelle persone anziane fragili. Con il PRP la Regione Veneto, adotta e attua specifiche azioni di prevenzione primaria e di promozione della salute in accordo con il Programma Ministeriale "Guadagnare Salute", finalizzati a diffondere una cultura condivisa basata su scelte di vita salutari. Gli ambiti di azione riguardano:

- *Promozione di corretti comportamenti per prevenire le cadute degli anziani mediante il coinvolgimento degli MMG*

I fattori di rischio coinvolti nella genesi degli incidenti domestici per gli anziani sono:

- lo stato di salute e l'uso di alcuni farmaci;
- la condizione psicologica (depressione, solitudine);
- le abitudini e comportamenti (vita sedentaria, deficit nutrizionali ..);
- le condizioni abitative;
- il mancato o inappropriato utilizzo di ausili per la deambulazione.

È evidente pertanto la necessità di una maggiore attenzione alla prevenzione degli infortuni domestici nella popolazione anziana. Tale progetto di promozione di corretti comportamenti per prevenire le cadute degli anziani si prefigge di raggiungere una delle principali popolazioni a rischio di incidente domestici attraverso l'assistenza primaria. Le azioni che si svolgeranno saranno funzionali a creare un percorso di condivisione degli obiettivi di salute e delle azioni per raggiungerli con gli MMG della Regione del Veneto, tramite:

- la costruzione di un tavolo regionale con i referenti degli MMG;
- l'integrazione con il progetto per la somministrazione della vitamina D nella popolazione anziana;
- contatti con i tavoli aziendali per la contrattazione dei patti con le UTAP;
- formazione referenti UTAP.

- *Promozione di corretti comportamenti per prevenire le cadute degli anziani mediante azioni di sensibilizzazione dei caregiver*

Tale progetto di promozione di corretti comportamenti per prevenire le cadute degli anziani si prefigge di raggiungere una delle principali popolazioni a rischio di incidente domestici attraverso i canali dell'assistenza sanitaria, sociale e del volontariato. Le azioni che si svolgeranno saranno funzionali a creare un percorso di sensibilizzazione ed *empowerment* dei *caregiver*, secondo i seguenti *step*:

- Costruzione di una rete regionale di referenti per la materia.
- Mappatura delle attività di informazione/formazione per i *caregiver* degli anziani (badanti, operatori sociosanitari, volontariato) nei territori delle ULSS e Ospedaliere della Regione del Veneto che aderiscono al progetto (entro 2011).
- Condivisione e realizzazione di materiale formativo da inserire nei percorsi individuati, finalizzato ad aumentare le conoscenze , le competenze e le abilità atte a promuovere la sicurezza domestica (entro 2012).
- Consulenza dietetico-nutrizionale.

Promuovere l'utilizzo del counselling motivazionale come strumento per motivare ad una corretta alimentazione e ad uno stile di vita attivo sia attraverso attività formativa sia attraverso protocolli di intervento basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche. L'attività formativa è volta a favorire l'utilizzo del counselling motivazionale sia in occasione del trattamento ambulatoriale laddove sussiste già questa attività, sia a promuovere l'adozione del counselling motivazionale anche in altri *setting*, per interventi di prevenzione all'interno di programmi per soggetti con rischio cardiovascolare e diabete.

Si mira a sviluppare programmi di promozione e counselling per motivare all'adozione di una corretta alimentazione e ad uno stile di vita attivo con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e

basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche, da ritagliare su target specifici di popolazione (bambini, adolescenti, anziani, ecc) e su fasce di utenti con fattori di rischio per malattie croniche non trasmissibili, obesità e fattori di rischio collegati, in collaborazione con i medici curanti (MMG, PLS, specialisti).

Obiettivi specifici di salute:

- Prevenzione e sorveglianza di abitudini alimentari e stili di vita non corretti.
- Ridurre/controllare i fattori di rischio di malattia cardiovascolare con particolare riferimento a sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica.
- Ridurre/controllare i fattori di rischio di diabete connessi a pattern nutrizionali e stili di vita non salutari.

Promozione attività fisica

La Regione Veneto ha confermato anche nel Piano regionale di prevenzione 2010-2012 la necessità di investire nella prevenzione delle malattie e nella promozione della salute consolidando le linee di lavoro dei precedenti Piani tra cui la promozione degli stili di vita salutari in relazione all'alimentazione, all'attività fisica. Attualmente in Veneto sono attive nell'ambito della prevenzione e promozione della salute alcune reti aziendali tra cui una relativa all'attività motoria. Il Progetto di promozione dell'attività motoria si propone l'adozione di stili di vita attivi per contrastare l'insorgenza delle malattie croniche (diabete, obesità, malattie cardiovascolari, tumori e molte altre). In questa progettualità si inserisce il progetto nazionale di promozione dell'attività motoria che nasce dall'esperienza maturata dal progetto regionale Veneto ed è rivolto alle Regioni italiane che intendono incentivare stili di vita attivi nella popolazione. Infatti nel periodo 2008-2011 l'ASL di Verona ha coordinato l'attuazione in 6 Regioni delle azioni previste dal Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria".

Vari sono i progetti realizzati nella Regione Veneto tra cui va evidenziato il Programma per la promozione dell'attività motoria nella popolazione, con particolare riguardo ai bambini/giovani e anziani.

La Regione Veneto da molti anni rappresenta un punto di riferimento nazionale per la promozione dell'attività fisica e la lotta alla sedentarietà in virtù di un programma strutturato di interventi adottato nell'ambito del piano triennale SISP fin dal 2002. In questo ambito ha avuto un ruolo trainante l'ULSS 20 data la lunga esperienza maturata in collaborazione con comuni (principalmente, ma non solo, il capoluogo) e l'università. In questo ambito il Veneto è già impegnato come capofila o partner in numerosi progetti finanziati dal CCM ed ha contribuito a costruire e consolidare una rete di operatori (sanitari e non) attiva a livello intra e inter regionale.

In Veneto oggi tutte le aziende sanitarie sono già partecipi, seppure in modo disomogeneo, del progetto regionale di promozione dell'attività fisica. In particolare:

- in ogni azienda è stato individuato un referente per questa attività presso i Dipartimenti di prevenzione;
- ogni azienda ha partecipato a uno o più incontri o eventi formativi sul tema dell'attività fisica;
- ogni azienda ha promosso uno o più progetti locali.

Il progetto regionale si propone di consolidare la rete, di estendere e rinforzare le attività nelle aziende più attive e di coinvolgere anche quelle meno attive. Si propone inoltre di estendere la copertura degli interventi alle fasce di popolazione a maggior rischio e ai determinanti ambientali dell'attività fisica al fine di:

- ridurre l'incidenza delle malattie cronico-degenerative legate alla sedentarietà (obesità, diabete, malattie cardiocircolatorie, tumori, ecc.) nella popolazione generale e con particolare attenzione alla popolazione che presenta fattori di rischio;
- prolungare lo stato di autosufficienza nell'anziano rallentando il processo fisiologico di riduzione dell'efficienza fisica e cognitiva, riducendo anche l'incidenza degli infortuni domestici;
- favorire il recupero di abilità fondamentali negli anziani istituzionalizzati e il rallentamento dei danni cognitivi nelle persone affette da demenza;
- migliorare l'autonomia e le competenze motorie nei bambini dalla scuola materna in poi al fine di assicurare l'assunzione di comportamenti attivi che dureranno per tutta la vita; individuare interventi specifici per i bambini affetti da obesità o e diabete;

- migliorare i contesti urbanistici al fine di renderli favorevoli ai comportamenti salutari e in particolare all'attività fisica.

PA di Trento

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

La Giunta Provinciale ha approvato nel 2007 il Piano provinciale per la salute dei cittadini della Tredicesima legislatura. All'interno del Piano si fa riferimento all'obesità e al sovrappeso come fattori di rischio delle patologie cardiovascolari.

Prevenzione della disabilità degli anziani

Piano Provinciale di Prevenzione 2010-2012, approvato dalla Giunta Provinciale il 14/1/2011, sottolinea l'evoluzione demografica della popolazione che va verso un progressivo invecchiamento. In un futuro non molto lontano oltre un quarto dell'intera popolazione sarà rappresentata da persone anziane. Diventa quindi fondamentale disporre di informazioni sistematiche e dettagliate sulla salute, sui bisogni della popolazione anziana e sulla qualità dell'assistenza offerta al fine di individuare le priorità di azione. Dato l'elevato numero di RSA e di anziani ospiti in RSA in provincia di Trento è stato scelto di inserire nel Piano un progetto sulla sorveglianza della qualità clinico assistenziale dei servizi delle RSA stesse, al fine di individuare e diffondere standard minimi e best-practices. Inoltre si conferma la linea di intervento per la prevenzione delle cadute degli anziani.

Alcuni dei progetti contenuti nel Piano costituiscono la prosecuzione di obiettivi provinciali già contenuti nel precedente Piano di Prevenzione (come il sistema di sorveglianza PASSI per il monitoraggio dei comportamenti legati alla salute e l'indagine OKKio alla SALUTE dedicata all'attività fisica e al sovrappeso dei bambini in età scolare), mentre altri progetti rappresentano un'evoluzione di attività già in essere presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Vi sono poi due nuovi percorsi: il progetto "Prevenzione delle cadute degli anziani nelle civili abitazioni" e la "Lotta alla depressione", la cui attuazione è svolta nell'ambito delle attività istituzionali dell'Azienda sanitaria senza alcun onere e personale aggiuntivo.

Tra le novità più significative, il Piano provinciale ha ampliato molto l'area della prevenzione terziaria (prevenzione delle complicanze e riabilitazione), alla luce del prevalere delle patologie cronicodegenerative, cardiovascolari e tumorali. La prevenzione terziaria è chiamata ad intervenire nei processi assistenziali al fine di garantire la continuità della presa in carico e l'integrazione degli interventi socio-sanitari, progettando percorsi che siano in grado di ridurre il peso delle complicanze e, in particolare, della non autosufficienza.

I progetti prioritari per la popolazione anziana sono due:

- *La prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico con la prevenzione delle cadute degli anziani (>65 anni) nelle civili abitazioni e la sperimentazione di un sistema di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana in particolare con disabilità e sulla qualità degli interventi assistenziali e socio-assistenziali (PASSI d'Argento)*". Pur avendo partecipato alla formazione la Provincia di Trento non ha per ora implementato il sistema nel proprio territorio. Si è quindi deciso di inserire l'avvio del sistema come progetto vero e proprio all'interno del Piano di prevenzione 2010-2012, nell'ambito della linea di intervento generale per la prevenzione e Sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza.
- *"La sorveglianza della qualità clinico-assistenziale dei servizi delle RSA in Alta e Bassa Valsugana. Ricerca di indicatori di assistenza primaria e specialistica"*. Il progetto è finalizzato al miglioramento qualitativo e quantitativo dell'assistenza agli ospiti di RSA. Il progetto pertanto si prefigge un incremento della salute sia attraverso la prevenzione secondaria e terziaria delle multimorbosità o delle complicanze degli ospiti, sia attraverso la condivisione della valutazione periodica.

PA di Bolzano

Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

Il Piano Sanitario Regionale 2000-2002 riporta che una buona percentuale della popolazione giovanile è interessata da una forma di malnutrizione per eccesso di sovrappeso-obesità. Tra le strategie sanitarie indicate per la riduzione della prevalenza di tali condizioni si considera “la realizzazione di campagne di educazione alimentare della popolazione con particolare riferimento ai distretti”.

APPENDICE C
Lista di Regioni, ASL e SESP partecipanti all'indagine

Le ASL individuate dalle referenti regionali per l'indagine sono state 26 su un campione massimo potenziale di: Pescara, Potenza, Matera, Catanzaro, Crotona, Triestina, Alto Friuli, Roma C, Latina, Genovese, Chiavarese, Bergamo, Sondrio, Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche, Azienda Sanitaria Regione Molise, Azienda Provinciale per i Servizi sanitari Trento, Torino 1, Torino 4, Bari, Oristano, Siracusa, Palermo, Firenze, Aosta, Mirano e Vicenza.

Note di lettura

APSS: Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari	SC: Struttura Complessa
ASREM: Azienda Sanitaria Regionale del Molise	SIAN: Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
ASUR: Azienda Sanitaria Unica Regionale	SISP: Servizio Igiene e Sanità Pubblica
DP: Dipartimento di Prevenzione	SMPDC: Servizio Medicina Preventiva di Comunità
PAF: Promozione Attività Fisica	SS RSA: Struttura Semplice - Residenza Sanitaria Assistenziale
PDA: Prevenzione Disabilità Anziani	UDMG: Unità di Medicina Generale
PO: Presidio Ospedaliero	UO: Unità Operativa
PSO: Prevenzione sovrappeso/obesità	UOSD: Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale
PUA: Porta Unica di Accesso	URP: Ufficio Relazioni con il Pubblico

Regioni aderenti* all'indagine	Rispondenza ASL indicate da Regioni (si/no)	SESP identificate dalle ASL	Partecipazione delle SESP
Abruzzo	Pescara (si)	SIAN (PSO)	Sì completamente
		UO Medicina dello Sport (PAF)	Sì completamente
		UO Medicina dello Sport (PDA)	Sì completamente
	Teramo/Avezzano (no)	/	/
Basilicata	Potenza (si)	SIAN (PSO)	Sì completamente
		SIAN (ambito territoriale ex ASL 2) (PSO)	Sì completamente
		SIAN (ex ASL n.4) (PSO)	Sì completamente
	Matera (si)	SIAN (ex ASL n.5) (PSO)	NO
		UO Nutrizione Clinica PO MATERA (PSO)	Sì completamente
		UO Medicina Fisica e riabilitazione (PAF)	Sì completamente
	UO Medicina Fisica e riabilitazione (PDA)	Sì completamente	
Calabria	Catanzaro (si)	UO Igiene alimenti e nutrizione (PSO)	Sì completamente
		UO Igiene alimenti e nutrizione (PSO)	Sì completamente
		UO Promozione ed educazione alla Salute (PSO)	Sì completamente
		UO Medicina dello Sport (PAF)	Sì completamente
		UO Igiene alimenti e nutrizione (PAF)	Sì completamente
		UO Igiene alimenti e nutrizione (PAF)	Sì completamente
	Crotona (si)	Medicina Scolastica (PSO)	Sì completamente
		UO Educazione Sanitaria (PSO)	Sì parzialmente
		Educazione Sanitaria (PAF)	Sì completamente
		Medicina dello Sport (PAF)	Sì completamente
	UO Epidemiologia (PDA)	Sì completamente	
Campania	ASL Napoli 2 Nord (no)	/	/
	ASL Salerno (ex SA 1-2) (no)	/	/
Emilia-Romagna	Bologna (no)	/	/
	Piacenza (no)	/	/
Friuli-Venezia Giulia	Triestina (si)	Distretto 3 (PSO)	Sì completamente
		DP (PSO)	Sì completamente
		URP (PAF)	Sì completamente
		Distretto 4 (PAF)	Sì completamente
		Distretto 1 (PDA)	Sì completamente
		Distretto 2 (PDA)	NO
	Alto Friuli (si)	Distretto 3 (PDA)	Sì completamente
		Distretto 4 (PDA)	Sì completamente
		DP (PSO)	Sì completamente
		DP (PAF)	Sì completamente
	DP (PDA)	Sì completamente	
	Coordinamento Servizi sociali (PDA)	Sì completamente	

segue

continua

Regioni aderenti* all'indagine	Rispondenza ASL indicate da Regioni (si/no)	SESP identificate dalle ASL	Partecipazione delle SESP	
Lazio	Roma C (si)	UOSD Sistema Informativo e Epidemiologia Dipartimentale (PSO)	Sì completamente	
		UOC SIAN (PSO)	Sì completamente	
		UOC Tutela Salute Infanzia Donna e Famiglia (PSO)	Sì completamente	
		UOC Neonatologia (PSO)	Sì completamente	
	Latina (si)	UOSD Sistema Informativo e Epidemiologia Dipartimentale (PAF)	UOSD Sistema Informativo e Epidemiologia Dipartimentale (PDA)	Sì completamente
			SIAN (PSO)	Sì completamente
		SIAN (PSO)	Sì completamente	
		UOSD SAV (Spresal) (PSO)	Sì completamente	
		UOSD SAV (Spresal) (PAF)	NO	
		UOSD SAV (Spresal)(PDA)	Sì completamente	
		Distretti 1-2-3-4-5	NO	
		SC Igiene e Sanità Pubblica (PSO)	Sì completamente	
		SC Sicurezza Alimentare (PSO)	Sì completamente	
		SC Assistenza Consultoriale (PSO)	Sì completamente	
PO Unico-(Ospedali ASL 3 Genovese) (PSO)	Sì parzialmente			
Liguria	Genovese (si)	SC Assistenza Geriatrica (PSO)	NO	
		Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (PSO)	NO	
		Distretto 8 (PSO)	NO	
		Distretto 9 (PSO)	NO	
		Distretto 10 (PSO)	NO	
		Distretto 11 (PSO)	NO	
		Distretto 12 (PSO)	Sì parzialmente	
		Distretto 13 (PSO)	NO	
		Igiene e Sanità Pubblica (PAF)	Sì completamente	
		Sicurezza alimentare (PAF)	NO	
		Assistenza Consultoriale (PAF)	NO	
		PO Unico - (Ospedali ASL 3 Genovese) (PAF)	NO	
		Dipartimento di Cardiologia (PAF)	NO	
	SC Assistenza Geriatrica (PAF)	NO		
	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (PAF)	NO		
	Distretto Sociosanitario 8 (PAF)	NO		
	Distretto Sociosanitario 9 (PAF)	NO		
	Distretto Sociosanitario 10 (PAF)	NO		
	Distretto Sociosanitario 11 (PAF)	NO		
	Distretto Sociosanitario 12 (PAF)	NO		
	Distretto Sociosanitario 13 (PAF)	NO		
	Igiene e Sanità Pubblica (PDA)	Sì Completamente		
	Sicurezza alimentare (PDA)	Sì Completamente		
	PO Unico di ASL 3 Genovese (PDA)	Sì Completamente		
	Dipartimento di Cardiologia (PDA)	Sì Completamente		
	SC Assistenza Geriatrica (PDA)	NO		
	Distretto Sociosanitario 8 (PDA)	NO		
	Distretto Sociosanitario 9 (PDA)	Sì parzialmente		
	Distretto Sociosanitario 10 (PDA)	NO		
	Distretto Sociosanitario 11 (PDA)	NO		
	Distretto Sociosanitario 12 (PDA)	NO		
	Distretto Sociosanitario 13 (PDA)	NO		
Chiavarese (si)	Struttura Complessa Igiene e Sanità Pubblica (PSO)	Sì Completamente		
	Struttura Complessa Igiene e Sanità Pubblica (PAF)	NO		
	SS RSA (PDA)	Sì Completamente		

segue

continua

Regioni aderenti* all'indagine	Rispondenza ASL indicate da Regioni (si/no)	SESP identificate dalle ASL	Partecipazione delle SESP
Lombardia	Bergamo	SIAN (PSO)	Si Completamente
		SMPDC (PSO)	Si Completamente
		Servizio Promozione della Salute (PSO)	Si Completamente
		SMPDC (PAF)	Si Completamente
		Servizio Promozione della Salute (PAF)	NO
		SMPDC (PDA)	Si Completamente
		Servizio Promozione della Salute (PDA)	Si Completamente
		Servizi diurni e residenziali per le fragilità (Dipartimento attività socio sanitarie integrate) (PDA)	Si Completamente
		PO - Promozione della Salute e stili di vita (PSO)	NO
	Sondrio	SC Servizio igiene degli alimenti e nutrizione (PSO)	NO
		SS Medicina dello Sport (PSO)	NO
		SC Servizio famiglia, infanzia ed età evolutiva (PSO)	NO***
		SC Medicina Preventiva di Comunità (PSO)	Si Completamente
		SC Medicina Preventiva di Comunità (PAF)	Si Completamente
		SS Medicina dello Sport (PAF)	NO
		PO Promozione della Salute e stili di vita (PAF)	NO
		SC Medicina Preventiva di Comunità (PDA)	Si Completamente
		PO Promozione della Salute e stili di vita	Si parzialmente
		SS Dipartimento Fragilità	NO
Marche	ASUR	SIAN Pesaro (PSO)	NO
		SIAN Urbino(PSO)	Si Completamente
		SIAN Fano (PSO)	Si Completamente
		SIAN Senigallia (PSO)	NO
		SIAN Jesi (PSO)	NO
		SIAN Fabriano (PSO)	Si Completamente
		SIAN Ancona (PSO)	Si Completamente
		SIAN Civitanova (PSO)	NO
		SIAN Macerata (PSO)	NO
		SIAN Camerino(PSO)	Si parzialmente
		SIAN Fermo (PSO)	NO
		SIAN S.Benedetto Ascoli Piceno (PSO)	Si Completamente
		Ufficio Promozione della Salute (PAF)	Si Completamente
		Osservatorio Epidemiologico regionale (PDA)	Si parzialmente
		UO Epidemiologia Ancona (PDA)	Si Completamente
Molise	ASREM	SIAN (ambito territoriale Campobasso) (PSO)	Si Completamente
		SIAN (ambito territoriale Isernia) (PSO)	Si Completamente
		PUA (PDA)	Si Completamente
		Ufficio Ausili e Protesi (PDA)	Si parzialmente
PA Trento	APSS	Promozione ed educazione alla salute, sorveglianza e stili di vita (DP) (PSO)	Si Completamente
		Servizio igiene alimenti e nutrizione (SIAN - DP) (PSO)	Si Completamente
		UO Igiene e sanità pubblica, Centro-sud (DP) (PSO)	Si Completamente
		UO Igiene e sanità pubblica (ambito Vallagarina) (PSO)	Si Completamente
		UO Igiene e sanità pubblica (ambito Alto Garda e Ledro) (PSO)	Si Completamente
		UO Igiene e sanità pubblica (ambito Giudicarie e Rendena) (PSO)	NO
		Servizio Igiene e sanità pubblica (Distretto-ambito Valle di Non) (PSO)	Si Completamente
		Servizio Igiene e sanità pubblica (Distretto-ambito Alta Valsugana) (PSO)	Si Completamente
Dietetica e nutrizione clinica (Servizio Osp. Prov.) (PSO)	Si parzialmente		

segue

continua

Regioni aderenti* all'indagine	Rispondenza ASL indicate da Regioni (si/no)	SESP identificate dalle ASL	Partecipazione delle SESP	
PA Trento (continua)		Promozione ed educazione alla salute, sorveglianza e stili di vita (DP) (PAF)	Si Completamente	
		Coordinamento Screening e prevenzione malattie cronico-degenerative (PAF)	Si Completamente	
		UO Igiene e sanità pubblica (DP) (PAF)	Si Completamente	
		UO Igiene e sanità pubblica (Centro Sud) (PAF)	NO	
		UO Igiene e sanità pubblica (ambito Vallagarina) (PAF)	NO	
		UO Igiene e sanità pubblica (ambito Alto Adige/Ledro) (PAF)	NO	
		UO Igiene e sanità pubblica (ambito Giudicarie e Rendena) (PAF)	Si parzialmente	
		Servizio Igiene e sanità pubblica - Distretto Sanitario Ovest (PAF)	Si Completamente	
		Servizio Igiene e sanità pubblica - Distretto Sanitario Est	NO	
		UO Reumatologia (Servizio Ospedaliero Provinciale) (PAF)	Si Completamente	
		UO Medicina fisica e riabilitazione (Villa Igea) (PAF)	Si Completamente	
		UO Cure primarie - Distretto Sanitario Centro-Nord (PDA)	NO	
		UO Cure primarie- Distretto Sanitario Centro-Sud (PDA)	NO	
		UO Cure primarie Distretto Sanitario Ovest (PDA)	NO	
		UO Cure primarie - Distretto Sanitario Est (PDA)	Si Completamente	
		UO Geriatria Ospedale di Trento (PDA)	Si Completamente	
		UO Geriatria Ospedale di Rovereto (PDA)	NO	
	Piemonte	Torino 1	Epidemiologia - Educazione Sanitaria (PSO)	Si Completamente
			SC Igiene Alimenti e Nutrizione (PSO)	Si Completamente
			Medicina dello Sport (PSO)	NO
PRP (PSO)			Si Completamente	
UVOS - Gestione attività integrate di Prevenzione (PSO)			NO	
Medicina dello Sport (PAF)			NO	
Epidemiologia - Educazione Sanitaria (PAF)			Si Completamente	
UVOS - Gestione attività integrate di Prevenzione (PAF)			NO	
Diabetologia Distretti 8-9-10 (PAF)			Si Completamente	
Distretti 1-8-9-10 (PDA)			NO	
Distretti 2-3 (PDA)		NO		
SERT (PDA)		NO		
UVOS - Gestione attività integrate di Prevenzione (PDA)		NO		
Epidemiologia - Educazione Sanitaria (PDA)		Si Completamente		
Ospedale Sperino - oftalmico (PDA)		NO		
Direzione Integrata della Prevenzione (PSO)		Si Completamente		
SS Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale (SIAN) (PSO)		Si Completamente		
SS Dietetica e Nutrizione Clinica (Gastroenterologia) (PSO)		Si Completamente		
SS Neonatologia B (Pediatrica B) 3 (PSO)		Si Completamente		
Direzione Integrata della Prevenzione (PAF)		Si Completamente		
SC Recupero e Riabilitazione Funzionale (PAF)	NO			
SS Diabetologia B (Dip. Area Medica B); SSD Diabetologia A (Dip. Area Medica A); SS Dietetica e Nutrizione Clinica (gastroenterologia); SC Recupero e Riabilitazione Funzionale (PAF)	Si			
SS Medicina Sportiva (Dip. Prevenzione) 1 (PAF)	Si Completamente			
Distretto di Settimo Torinese (PAF)	NO			
Direzione Integrata della Prevenzione (PDA)	Si Completamente			
SC Urologia A; SC Recupero e Riabilitazione Funzionale; SS Dietetica e Nutrizione Clinica (Gastroenterologia) (PDA)	Si Completamente			
SC Recupero e Riabilitazione Funzionale 3 (PDA)	NO			
Struttura Semplice Dipartimentale - Assistenza Primaria (Dir. Int. Assist. Prevenzione) 5 (PDA)	NO			

segue

continua

Regioni aderenti* all'indagine	Rispondenza ASL indicate da Regioni (si/no)	SESP identificate dalle ASL	Partecipazione delle SESP
Puglia	Bari (si)	Polimambulatorio malattie metaboliche ed endocrinologia (Distretto) (PSO)	Si Completamente
		Amb. Spec. Sc. Alimen. (distretto) (PSO)	Si Completamente
		Poliambulatorio pediatria Dist (PSO)	Si Completamente
		SIAN (PSO)	Si Completamente
		UDMG – Unità di Medicina Generale (PAF)	Si Completamente
		SISP (PAF)	Si Completamente
		SIAN (PAF)	Si Completamente
		Poliambulatorio (PDA)	NO
	SISP(PDA)	Si parzialmente	
	Brindisi (no)	/	/
Sardegna	Oristano (si)	SIAN (PSO)	Si Completamente
		Igiene della Nutrizione (PSO)	Si Completamente
		Igiene e Sanità Pubblica (PAF)	SI
	Igiene e Sanità Pubblica (PDA)	NO	
Cagliari (no)	/	/	
Sicilia	Palermo (si)	UOC igiene degli alimenti Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale (PSO)	Si Completamente
		UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e medicina preventiva (PSO)	Si Completamente
		UOS Medicina dello Sport (PAF)	Si Completamente
		UOC Sanità Pubblica, Epidemiologia e medicina Preventiva (PDA)	Si parzialmente
	Siracusa (si)	UO Educazione Salute (PSO)	Si Completamente
		UO Medicina Scolastica (PSO)	Si Completamente
		UO Formazione (PSO)	/
		UO Educazione Salute (PAF)	NO
		UO Educazione Salute (PDA)	Si Completamente
		UO Medicina riabilitativa (Dip. Integrazione) (PDA)	NO
Toscana	Firenze (si)	SOC Igiene e sanità Pubblica (PSO)	NO
		SOC Igiene e sanità Pubblica (PAF)	Si Completamente
	Viareggio (no)	/	/
Umbria	USL Umbria 1 (no)	/	/
	USL Umbria 2 (no)	/	/
Valle d'Aosta	Aosta (si)	Igiene degli alimenti e della nutrizione (PSO)	Si Completamente
		Disturbi del comportamento alimentare (PSO)	Si Completamente
		Dietologia e nutrizione clinica (PSO)	Si Completamente
		DP (medicina legale) (PAF)	NO
		Geriatria e Geriatria riabilitativa (PDA)	NO
		Lungoassistenza riabilitativa (PDA)	NO
Veneto	Vicenza (si)	SIAN (PSO)	Si Completamente
		SPES (PSO)	NO
		SPES (PAF)	Si Completamente
		SIAN (PAF)	Si Completamente
		SISP (PAF)	Si parzialmente
		SIAN (PDA)	Si Completamente
	SPES (PDA)	Si Completamente	
	Mirano (si)	UOC SIAN (PSO)	NO
		UOC SISP (PAF)	Si Completamente
		UOC Medicina Sportiva (Dipartimento di fisiopatologia cardiovascolare)	Si Completamente
UOC SPSAL (PDA)		Si Completamente	
		UOS Osservatorio Epidemiologico DP (PDA)	Si Completamente

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di dicembre 2015, 8° Suppl.*

*Stampato in proprio
Settore Attività Editoriali – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, gennaio 2016