

# Schede di progetto

Programma 3 - Setting Comunità - Programmi  
età specifici

Codice progetto e nome	3.1 - Prevenzione precoce dell'obesità infantile e promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie
Descrizione	<p>I primi anni di vita rappresentano una finestra eccezionale di osservazione e intervento per la promozione della salute in quanto rappresentano il periodo in cui vengono poste le basi fisiche, cognitive e socio relazionali dell'intera esistenza di ciascun individuo. L'esposizione a fattori di rischio in età precoce può pertanto essere particolarmente nociva in quanto può condizionare l'intero arco di vita dell'individuo. Garantire a ciascun bambino di venire al mondo nelle migliori condizioni possibili è un impegno eticamente giusto ed economicamente vantaggioso per tutti, grazie al ritorno positivo su tutta la popolazione degli interventi realizzati nei primi anni di vita.</p> <p>In particolare, nella storia di bambini sovrappeso e obesi è possibile individuare fattori di rischio precoci risalenti all'epoca prenatale e correlati a stili di vita scorretti delle gestanti. Tali fattori di rischio sono spesso più diffusi in donne con basso titolo di studio, non occupate e con cittadinanza straniera. Cogliere l'occasione della gravidanza per promuovere stili di vita salutari può migliorare la salute della madre ed avere un impatto positivo sulla salute del bambino, soprattutto per le gestanti che provengono da gruppi di popolazione particolarmente vulnerabili.</p> <p>Il progetto prevede azioni di promozione delle sane abitudini alimentari, attività motoria, astensione dal fumo, alcool e controllo del guadagno di peso in donne in gravidanza attraverso il contributo dei Consulenti famigliari e degli operatori dei reparti di ostetricia e ginecologia. Dopo la nascita del bambino le azioni saranno proseguite principalmente dai consulenti famigliari, da parte dei PLS e dalle Pediatrie di Comunità. È prevista una formazione degli operatori sanitari coinvolti e la predisposizione di specifico materiale informativo.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Donne in gravidanza e puerperio e bambini nei primi 3 anni di vita.
Setting identificato per l'azione	Ambulatori dei consultori famigliari, dei reparti di ostetricia e ginecologia, dei PLS, delle Pediatrie di Comunità- e alle case della salute
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori sanitari dei consultori famigliari e dei reparti di ostetricia e ginecologia, PLS, operatori delle Pediatrie di Comunità, delle Case della Salute, Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Servizi di Medicina dello sport, Palestre etiche e sicure
Prove di efficacia	<p>Interventi dietetici e motori sembrano efficaci per prevenire l'eccessivo incremento di peso in gravidanza (fattore di rischio per obesità infantile ) (Thangaratinam S. et al, BMJ 2012);</p> <p>Le abitudini alimentari in gravidanza e durante l'allattamento influenzano i successivi gusti del bambino (Shaal B et al, Chem senses, 2000);</p> <p>Le abitudini alimentari della madre in gravidanza influenzano la tendenza della prole a sviluppare la deposizione di tessuto adiposo (Moon RJ, Clin Endocrinol Metab, 2013).</p> <p>Childhood consequences of maternal obesity and excessive weight gain during pregnancy. ( Gaillard R et al, Acta Obstet Gynecol Scand 2014).</p> <p>Risk of childhood overweight or obesity associated with excessive weight gain during pregnancy: a meta-analysis.(Tie HT et al, Arch Gynecol Obstet 2014)</p>

<p>Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto</p>	<p>Il progetto coinvolge diverse categorie di operatori sanitari (Medici, Ostetriche, dietisti, Infermieri) e servizi sanitari (Consultori famigliari, Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione, servizi Medicina dello Sport, Pediatrie di Comunità, Reparti di Ostetricia e Ginecologia, PLS). Inoltre, sono interessati potenzialmente: nidi d'infanzia, palestre etiche e sicure.</p> <p>Il progetto, nella sua componente gravidanza e puerperio, prevede la condivisione delle raccomandazioni e delle attività con quelle della commissione nascita, che su questi temi ha già lavorato (linea guida gravidanza fisiologica e cartella della gravidanza)</p>
<p>Attività principali</p>	<p>Predisposizione di linee di indirizzo e strumenti a valenza regionale per la promozione di sane abitudini alimentari e motorie in gravidanza, presso consultori famigliari e reparti di ostetricia e ginecologia;</p> <p>Sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari di tali strutture;</p> <p>Effettuazione di counselling breve rivolto alle donne in gravidanza;</p> <p>Monitoraggio e valutazione</p>
<p>Rischi e management</p>	<p>Difficoltà nella attivazione di sinergie tra soggetti diversi</p>
<p>Sostenibilità</p>	<p>Il progetto è sostenibile perchè non richiede sostanzialmente ulteriori risorse ma una rivalutazione dell'attività di servizi o degli operatori sanitari già in campo. Servono comunque maggiori risorse per ascolto, comunicazione, monitoraggio, oltre che materiali dedicati</p>

## Cronogramma progetto 3.1 - "Prevenzione precoce dell'obesità infantile attraverso la promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Predisposizione di linee guida	X	X	X											
Formazione degli operatori sanitari					X	X	X	X	X	X	X	X		
Effettuazione di counselling breve rivolto alle donne in gravidanza						X	X	X	X	X	X	X	X	X

### Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
% di Aziende sanitarie che hanno attivato la formazione degli operatori sanitari secondo le linee guida regionali	Rilevazione ad hoc	N° AUsl in cui si è attivata la formazione/totale AUsl regionali x 100	0%	30%	70%	100%
<b>% di Aziende sanitarie che hanno attivato gli interventi</b>	<b>Rilevazione ad hoc</b>	<b>N° AUsl che hanno attivato gli interventi/totale AUsl regionali x 100</b>	<b>0%</b>	<b>10%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>

Codice progetto e nome	3.2 - AllattER - Promozione allattamento al seno
Descrizione	L'allattamento al seno è una delle principali misure per garantire il mantenimento della salute dei bambini. I dati di efficacia sono innumerevoli, coerenti, replicati nel tempo e dimostrano che i bambini nutriti con latte materno si ammalano e muoiono di meno di quelli nutriti con latte artificiale, sia nei paesi ricchi che in quelli poveri. I numerosi e indiscussi vantaggi per i lattanti, i genitori e la società, del latte materno rispetto al latte artificiale sul piano biologico, nutrizionale, affettivo, relazionale, nonché economico, sono stati ampiamente studiati. Per questi motivi la Regione Emilia-Romagna è impegnata dal 1999 nel monitoraggio dei tassi di allattamento al seno (Servizio Assistenza territoriale in collaborazione con l'APeC, Associazione Pediatria di Comunità) come previsto dall'obiettivo 6 della D.G.R n. 533/2008 (strumenti di monitoraggio per la promozione dell'allattamento al seno) e nell'implementazione di progetti volti alla protezione, promozione e sostegno di questa pratica.
Gruppo beneficiario prioritario	Donne in gravidanza e puerperio, e lattanti.
Setting identificato per l'azione	Territorio (consultori familiari, spazi mamme, spazi donne immigrate, pediatria di comunità, pediatri di libera scelta; associazioni di auto-mutuo-aiuto) Ospedale (punti nascita, terapie intensive neonatali-TIN, banche del latte, pediatrie).
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Professionisti sanitari dell'area materno-infantile (pediatri/MMG, ginecologi, ostetriche, infermiere, assistenti sanitarie); Gruppi di volontariato (auto-mutuo-aiuto); Enti Locali (centri per le famiglie, assessori al welfare).
Prove di efficacia	Le innumerevoli prove di efficacia a sostegno dell'effetto benefico sulla salute di madre e bambino dell'allattamento al seno e degli interventi volti alla protezione, promozione e sostegno dello stesso sono presentati nelle pagine web del sito sulla salute perinatale: in particolare quelle relative all'alimentazione infantile su ( <a href="http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/742">http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/742</a> ); quelle sul l'implementazione dei progetti di sostegno ( <a href="http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/455">http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/455</a> ).
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	La promozione dell'allattamento al seno rientra anche nel MO9 (Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie), come evidenziabile sulla base delle prove di efficacia; è per questo che la promozione dell'allattamento al seno rientra fra le raccomandazioni elaborate dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna (ASSR) sulla gestione delle comuni patologie infettive respiratorie pediatriche. Il progetto prevede la collaborazione di diversi servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali e per l'Integrazione nonché dell' ASSR, oltre al rafforzamento della rete con gli Enti Locali e le associazioni di volontariato. È auspicabile inserire nella rete anche il mondo della scuola (educatori dei servizi educativi 0-3 anni). L'indicatore dell'allattamento al seno è stato identificato come marker di buona integrazione fra i servizi ospedalieri e territoriale e di qualità delle cure pediatriche (profili di cura pediatrici). L'allattamento può identificare un periodo di maggiore disponibilità della donna a migliorare alcuni stili di vita (fumo, alcool, alimentazione) ed è quindi possibile coordinare la promozione dell'allattamento con altri interventi di promozione di sani stili di vita.

Attività principali	<p>Attivare momenti di formazione/sensibilizzazione specifici sul tema della tutela delle donne da pratiche scorrette di marketing dei latti artificiali, rivolti in particolare ai professionisti dei punti nascita e ai pediatri di libera scelta (PLS), eventualmente tramite la formulazione di una scheda di dimissione tipo, che contenga i messaggi “corretti” da dare ai neogenitori, messaggi da recuperare poi durante le prime visite del PLS</p> <p>Rilevazione annuale dati di prevalenza a 3 e 5 mesi (fonte dati anagrafe vaccinale regionale e bilanci di salute pediatrici con report annuale) e a 11 mesi (bilanci di salute pediatrici);</p> <p>Costituzione di una commissione pediatrica regionale a cui parteciperanno pediatri di libera scelta e pediatri di comunità incaricati, fra le altre cose, della gestione dell’analisi dei bilanci di salute.</p> <p>Attività di sensibilizzazione rivolte alla popolazione (flashmob in occasione della settimana mondiale dell’allattamento) e coinvolgimento degli educatori dei servizi per l’infanzia (0-3 anni) nelle attività di formazione/informazione</p> <p>Identificazione a livello regionale e diffusione a livello locale di buone pratiche per la protezione, promozione e sostegno dell’allattamento al seno e per la diffusione di sani stili di vita;</p> <p>Informazione ai professionisti e ai cittadini (via web e cartacea) sull’allattamento al seno e sui sani stili di vita. Previsto lo sviluppo, stampa e diffusione di pieghevoli informativi multilingue sulla prevenzione della morte improvvisa del lattante in culla – SIDS che vede, fra gli interventi, anche la promozione dell’allattamento, e per gli stili di vita la diffusione della cartella della gravidanza e della linea guida gravidanza fisiologica.</p>
Rischi e management	<p>In caso di designazione, nell’ambito della Commissione pediatrica regionale, di una Pediatria di comunità come centro capofila della specifica attività di analisi dei bilanci di salute, sarà necessario prevedere la stipula di una convezione/collaborazione ad hoc.</p> <p>L’attività di coinvolgimento degli educatori dei servizi per l’infanzia (0-3 anni) nelle attività di formazione/informazione può essere facilitata stipulando atti di collaborazione/convenzione specifici.</p> <p>Le attività di sensibilizzazione rivolte alla popolazione prevedono la collaborazione con gli Enti Locali e le associazioni di auto-mutuo-aiuto: al fine di facilitare questa collaborazione, già avviata negli anni passati, potrebbe essere utile la presentazione del progetto in cabina di regia.</p>
Sostenibilità	<p>Il sistema di monitoraggio è vincolato alla collaborazione dei professionisti del territorio (professionisti dei centri vaccinali e i pediatri di libera scelta) per la raccolta e inserimento dei dati e dei servizi della Regione per garantire il flusso dei dati e l’elaborazione degli stessi.</p> <p>La possibilità di implementare interventi di miglioramento delle pratiche e di diffusione delle informazioni è vincolata alla collaborazione e partecipazione degli attori sopra descritti e alla disponibilità di fondi dedicati.</p>



Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
<b>% popolazione monitorata</b>	<b>AVR (anagrafe vaccinale regionale) Bilanci di salute CEDAP (certificato di assistenza al parto)</b>	<b><i>N. schede allattamento /N. parti in Regione all'anno x 100 (per il denominatore si calcola la media del numero dei parti nell'anno precedente alla rilevazione e nell'anno in corso)</i></b>	<b>16%</b>	<b>20%</b>	<b>22%</b>	<b>25%</b>
N. AUSL che adottano buone pratiche	Rilevazione ad hoc	NA	0	≥4	≥5	≥6
N. di città che partecipano al flashmob (con la specifica del N di capoluoghi)	Rilevazione ad hoc	N assoluto di città partecipanti N assoluto di capoluoghi di provincia	10 città 6 capoluoghi	≥10 ≥6 capoluoghi	≥11 ≥7 capoluoghi	≥12 ≥7 capoluoghi



Codice progetto e nome	3.3 - Sicurezze
Descrizione	<p>Il progetto è rivolto al target 0-6 anni e persegue l'obiettivo di intervenire su alcuni fattori di rischio legati a scarsa consapevolezza e adozione di comportamenti scorretti che mettono a rischio la salute dei piccoli. L'intervento si concentra su due ambiti particolari: la sicurezza in ambito domestico e il corretto uso dei dispositivi elettronici (Digital Devices – Dispositivi digitali, ovvero telefoni cellulari, smartphone, videogiochi, lettori mp3, internet, tablets).</p> <p>Il primo ambito di intervento riguarda prevalentemente la sensibilizzazione di genitori e piccoli rispetto al problema della prevenzione degli incidenti domestici. L'intervento consiste nella produzione di materiale informativo (opuscoli multilingue) e gadget (metro di cartone che esplicita i rischi nel quale il bimbo incorre a seconda delle tappe di crescita) destinati ai genitori di tutti i nuovi nati (consegna alla dimissione ospedaliera) e nella proposta di una attività ludico-didattica alle classi delle scuole dell'infanzia (incontri facilitati da un animatore professionale). Sarà infine necessario aggiornare i PLS attraverso una formazione specifica relativamente al rischio di incidente domestico nei bambini.</p> <p>Per quel che riguarda il corretto uso dei dispositivi digitali, essi costituiscono fonti fondamentali di informazione, comunicazione e possono favorire lo sviluppo di reti sociali e ma se non usati in modo corretto e consapevole possono portare a gravi conseguenze per la salute psico-fisica dei bambini e dei ragazzi. È quindi fondamentale intervenire nei primissimi anni di vita, quando si consolidano abitudini e attitudini nei piccolissimi, e ciò avviene prevalentemente all'interno dell'ambiente familiare. Per questa ragione l'intervento è rivolto ai genitori dei piccoli al fine di sensibilizzarli rispetto al corretto utilizzo dei dispositivi digitali attraverso la produzione e distribuzione di materiale informativo in tutto il territorio regionale.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Genitori di bambini 0-6 anni Bambini 0-6 anni
Setting identificato per l'azione	Popolazione, Scuola dell'infanzia, SSR
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Altri familiari diversi dai genitori; Operatori delle Az.Sanitarie; Educatori/maestre delle scuole servizi per l'infanzia; psicopedagogiste, animatore.
Prove di efficacia	<p>Per quel che riguarda l'intervento nelle scuole d'Infanzia, la metodologia educativa adottata consiste in drammatizzazioni con role playing, strumenti di provata efficacia al fine di fare "vivere attivamente" il momento educativo ai bambini, facendoli divenire parte integrante del proprio bagaglio esperienziale e culturale (Istituto Superiore di Sanità La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni. A cura di Anna De Santi, Ranieri Guerra e Pierluigi Morosini 2008, iv, 174 p. Rapporti ISTISAN 08/1).</p> <p>L'attività di sensibilizzazione riguardante i dispositivi digitali si basa sull'evidenza che i nuovi genitori, in quanto già parte della generazione digitale, hanno le competenze "tecniche" sufficienti per guidare i figli all'utilizzo consapevole e corretto dei dispositivi digitali (Guidolin, 2014). Il materiale utilizzato si baserà su quanto elaborato e già testato in un progetto promosso nel 2013 dall'Ufficio Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Regione Friuli Venezia Giulia e affidato al Centro per la Salute del Bambino allo scopo di raccogliere materiali e buone pratiche. Quanto elaborato è stato successivamente rivisto e ampliato da un gruppo multidisciplinare di esperti, costituito da pediatri, psicologi, psicoterapeuti e sociologi dei media.</p>
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto incrocia diversi Setting poiché interviene in diversi ambiti (scuola, sanitario, famiglia) e richiede l'integrazione di diverse professionalità: educatori, animatori sociali, insegnanti, operatori sanitari e ostetriche.

Attività principali	<p>Produzione e distribuzione dei materiali informativi: per l'uso corretto dei dispositivi digitali e per la prevenzione degli incidenti domestici (compreso il gadget metro)</p> <p>Realizzazione dell'intervento di animazione nelle scuole d'infanzia (progetto Bolla i Pericoli) che prevede la formazione degli insegnanti e la verifica, discussione e diffusione dei risultati</p>
Rischi e management	<p>In relazione alla prevenzione degli incidenti domestici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raggiungere il grado collaborazione necessario con i partner di progetto (personale sanitario dei punti nascita) per assicurare l'effettiva distribuzione dei materiali informativi ai genitori dei nuovi nati;</li> <li>• Realizzazione dell'alleanza educativa tra personale sanitario e delle operatrici delle Scuole d'Infanzia al fine di individuare le Scuole che ospitano l'intervento "Bolla i pericoli"; effettivo coinvolgimento attivo dei genitori nella realizzazione del progetto;</li> <li>• Formazione PLS.</li> </ul> <p>Corretto utilizzo dei dispositivi digitali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuazione dei canali più efficaci per la distribuzione dei materiali informativi ed effettiva distribuzione dei materiali;</li> <li>• Verifica e monitoraggio dell'efficacia del progetto.</li> </ul>
Sostenibilità	<p>Gli interventi proposti sono già stati testati: i progetti relativi alla prevenzione degli incidenti domestici sono stati sperimentati all'interno del SSR, su tutto il territorio regionale o su porzioni di esso. Il progetto relativo al corretto utilizzo dei dispositivi digitali è stato ideato e messo in pratica nel territorio della Regione Friuli e Venezia Giulia e si propone di traslarlo sul nostro contesto territoriale.</p>

## Cronogramma progetto 3.3 "Sicurezze"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Sicurezza in casa: Elaborazione e produzione del materiale informativo e del gadget		X	X											
Sicurezza in casa: Distribuzione del materiale informativo e del gadget			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sicurezza in casa: Verifica del raggiungimento della popolazione target (indagine Passi)						X				X				X
Sicurezza in casa e Bolla i pericoli: Rapporti con le Scuole dell'Infanzia e formazione operatrici					X	X	X	X						
Sicurezza in casa/Bolla i pericoli: Realizzazione dell'intervento nelle scuole						X	X	X		X	X	X		
Sicurezza in casa/Bolla i pericoli: Vetrifica, discussione e diffusione dei risultati									X	X			X	X
Formazione PLS					X	X								
Corretto uso dispositivi digitali: attivazione di un gruppo di lavoro		X	X											
Corretto uso dispositivi digitali: produzione e stampa materiali				X	X	X								
Corretto uso dispositivi digitali: distribuzione dei materiali							X	X	X	X	X	X	X	X
Corretto uso dispositivi digitali: monitoraggio e valutazione dei risultati										X				X

## Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Elaborazione e produzione del materiale informativo e gadget	Rilevazione ad hoc	NA		Si		
<b>% punti nascita in cui avviene distribuzione del materiale informativo e del gadget per la prevenzione degli incidenti domestici</b>	<b>Rilevazione ad hoc</b>	<b>Numero di punti nascita in cui è stato distribuito il materiale / numero punti nascita x 100</b>		<b>15%</b>	<b>50%</b>	<b>75%</b>
Dispositivi digitali: attivazione del gruppo di lavoro e produzione del materiale informativo	Rilevazione ad hoc	NA		Si		
Bolla i Pericoli: numero di bambini che hanno partecipato al progetto per area vasta	Rilevazione ad hoc	NA			250	250
<b>% di AUSL che hanno organizzato interventi di formazione per PLS</b>	<b>Rilevazione ad hoc</b>	<b>N. di AUSL che hanno organizzato la formazione /N. totale AUSL x100</b>		<b>25%</b>	<b>50%</b>	<b>75%</b>

Codice progetto e nome	3.4 - Implementazione e monitoraggio di alcuni fra i principali screening neonatali
Descrizione	<p>Per alcune patologie una diagnosi precoce in epoca neonatale e prima della comparsa dei segni clinici, può migliorare significativamente la qualità di vita futura mediante l'instaurazione tempestiva di adeguati trattamenti.</p> <p>Gli screening neonatali che hanno dimostrazione di provata efficacia sono: 1) gli screening metabolici neonatali, 2) lo screening della ipoacusia e 3) lo screening dei difetti visivi.</p> <p>1) In Emilia-Romagna il Centro Regionale di Screening Neonatale situato nell'AOU S.Orsola -Malpighi è attivo dal 1980 sulla base della L.R. del 10/06/1976 ed ha eseguito, sin dai primi anni di attività, diagnostica precoce e follow-up non solo per ipotiroidismo congenito, fenilchetonuria, fibrosi cistica, malattie per le quali lo screening neonatale è divenuto obbligatorio per legge nazionale nel 1992, ma anche per la galattosemia e l'iperplasia surrenale congenita. <i>Da alcuni anni l'introduzione e lo sviluppo delle tecnologie della Spettrometria di Massa (Tandem Massa) ha reso disponibile per un numero elevato di Malattie Metaboliche Ereditarie una metodica di diagnostica precoce utilizzando gli stessi cartoncini già in uso per l'attuale Screening Neonatale.</i> Il TSH, che viene dosato nell'ambito dello screening neonatale per la diagnosi di ipotiroidismo congenito, rappresenta anche un indicatore utilizzato per il monitoraggio della iodoprofilassi, infatti la percentuale di TSH neonatale &gt;5,0 µU/mL viene utilizzato per valutare l'efficacia della iodoprofilassi. I dati relativi al TSH neonatale sono raccolti e informatizzati dal Centro Regionale di Screening neonatale ma non esiste ancora il flusso richiesto dall'ISS che dovrà essere implementato e andare a regime nei prossimi anni.</p> <p>2) Con Deliberazione della Giunta Regionale 23 Maggio 2011, N. 694 è stato avviato lo screening neonatale dell'ipoacusia congenita in tutti i punti nascita dell'Emilia-Romagna. Lo screening viene effettuato da tecnici audiometristi o infermiere professionali e ostetriche che abbiano effettuato una formazione specifica. Lo screening con emissioni otoacustiche evocate (TEOAE) o/e con potenziali uditivi evocati (ABR da screening o ABR automatico) deve essere effettuato dopo le prime 24 ore di vita, prima della dimissione. L'esito dell'esame deve essere registrato sulla lettera di dimissione in modo tale da fornire adeguata informazione al pediatra di famiglia. I soggetti risultati positivi allo screening (mono o bilaterali) devono essere sottoposti ad un secondo esame (re-test) con emissioni otoacustiche evocate o/e con potenziali uditivi evocati entro le 3 settimane dal primo esame (l'effettuazione con ABR da screening può ridurre il numero di falsi positivi). Per i soggetti risultati positivi al re-test deve essere garantita la conferma del livello di sordità entro il secondo-terzo mese di vita. La conferma del livello di sordità deve essere effettuata da un team di professionisti con competenze audiologiche (audiometrista, audiologo o otorinolaringoiatra). L'indagine richiede l'esecuzione dell'ABR per soglia (potenziali evocati uditivi del tronco). È prevista una prima raccolta dei risultati attraverso l'elaborazione informatizzata dei bilanci di salute compilati dai pediatri di libera scelta. Infatti nei bilanci di salute viene chiesto se è stato eseguito il test di screening neonatale dell'ipoacusia, se sì se è risultato positivo e se positivo come è avvenuta la presa in carico. Tuttavia si prevede l'implementazione anche di un altro flusso proveniente direttamente dai punti nascita delle Aziende sanitarie.</p> <p>3) A oggi in Emilia-Romagna non è stato ancora attivato lo screening oftalmologico neonatale in modo omogeneo a livello regionale. Esistono tuttavia alcuni punti nascita che lo stanno effettuando. Occorrerà eseguire una ricognizione di quanto già attivo, procedere alla valutazione delle metodiche più appropriate, estendere lo screening a tutti i punti nascita, prevedere strumenti di verifica e monitoraggio.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	I nuovi nati
Setting identificato per l'azione	ambiente sanitario

Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Aziende sanitarie in particolare operatori sanitari dei punti nascita, pediatri di libera scelta, Sistema informativo sanità e politiche sociali
Prove di efficacia	<p>Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 Position Statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. American Academy of Audiology, American Academy of Pediatrics, American Speech-Language-Hearing Association, and Directors of Speech and Hearing Programs in State Health and Welfare Agencies. Pediatrics. 2007;120(4):898-921</p> <p>Kennedy C, McCann D. "Universal neonatal hearing screening moving from evidence to practice." Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2004;89(5):F378-83</p> <p>American Academy of Pediatrics, American Thyroid Association, Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. "Update of newborn screening and therapy for congenital hypothyroidism." Pediatrics 2006,117:2290-303.</p> <p>Olivieri A, The Italian Study Group for Congenital Hypothyroidism. "Epidemiology of congenital hypothyroidism: what can be deduced from the Italian registry of infants with congenital hypothyroidism." J Clin Endocrinol Metab 2013;98(4):1403-8</p> <p>Ann. Ist. Super. Sanità, vol.30, n. 3 (1994), pp.309-316 "Ipotiroidismo neonatale transitorio e carenza iodica" G. Bartolozzi. IL RIFLESSO ROSSO NEL NEONATO, NEL LATTANTE E NEL BAMBINO. <i>Medico e Bambino pagine elettroniche</i> 2009; 12(1) <a href="http://www.medicoebambino.com/?id=AP0901_20.html">http://www.medicoebambino.com/?id=AP0901_20.html</a></p> <p>IMAJ • VOL 12 • ma y 2010 The Red Reflex Examination in Neonates: An Efficient Tool for Early Diagnosis of Congenital Ocular Diseases</p> <p>American Academy of Pediatrics. 3. Red reflex examination in neonates, infants, and children. Pediatrics 2008; 122: 1401-4.</p>
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'integrazione, Aziende sanitarie e ospedaliere, Università
Attività principali	<p>Per gli screening metabolici neonatali: costruzione di un flusso informatizzato da centro regionale screening a Regione, da Regione a ISS. Monitoraggio e mantenimento.</p> <p>Per lo screening della ipoacusia: valutazione dei primi risultati ottenuti dai bilanci di salute dei PLS e considerazioni conseguenti su flusso.</p> <p>Per lo screening oftalmologico neonatale: ricognizione dell'esistente, costituzione di un gruppo di lavoro formato da esperti per valutare le modalità dello screening, deliberazione regionale del modello da adottare ed estensione dello screening a tutti i punti nascita, creazione di un flusso per la raccolta dati.</p>
Rischi e management	Gli obiettivi prevedono l'integrazione fra diversi professionisti e strutture, nonché la costruzione di nuovi flussi informatizzati
Sostenibilità	Alcuni dei flussi informativi previsti sono già raccolti e parzialmente attivi

## Cronogramma progetto 3.4 "Implementazione e monitoraggio di alcuni fra i principali screening neonatali"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
TSH: Costruzione di un flusso informatizzato da centro screening S.Orsola a Regione e a ISS		X												
Screening audiologico: valutazione risultati ottenuti dai bilanci di salute		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Screening oftalmologico: costituzione gruppo di lavoro e delibera		X	X	X	X	X								
Attivazione dello screening oftalmologico							X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

<b>Indicatori di processo</b>	<b>Fonte</b>	<b>Formula</b>	<b>Valore di partenza (baseline)</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Attivazione di un flusso dati informatizzato da Centro screening metabolici a Regione e a ISS	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	Sì
Attivazione di un flusso dati informatizzato dei dati relativi allo screening audiologico	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	Sì
Definizione indicazioni sulle modalità di effettuazione dello screening oftalmologico neonatale	Documento regionale	NA	No	Sì		
<b><i>Attivazione dello screening oftalmologico nei punti nascita</i></b>	<b><i>Rilevazione ad hoc</i></b>	<b><i>Punti nascita in cui è stato attivato lo screening / punti nascita x 100</i></b>	<b><i>0</i></b>	<b><i>0</i></b>	<b><i>50%</i></b>	<b><i>100%</i></b>



Codice progetto e nome	3.5 - Peer online
Descrizione	Sulla scorta dei risultati positivi del progetto CCM "Social Net Skills", svoltosi dal marzo 2012 al marzo 2015, nel quale è stato sperimentato "Younge", il primo servizio pubblico aiuto on line per adolescenti condotto da peer con il supporto di operatori dei servizi, il progetto intende dare continuità agli interventi già attivi in Emilia-Romagna, che sono attualmente attivi 3 profili che si occupano principalmente di Affettività/sexualità (AUsl di Modena e Parma- Spazio Giovani e Centro adolescenza); comportamenti a rischio (AUsl Romagna- Sert Forli); uso di sostanze (CEIS Reggio Emilia), coinvolgendo altre realtà del territorio.
Gruppo beneficiario prioritario	Adolescenti
Setting identificato per l'azione	La comunità degli adolescenti
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Genitori, insegnanti, operatori dei servizi in particolare Spazi Giovani e Sert, Terzo settore.
Prove di efficacia	Risultati del progetto CCM 2012 "Social Net Skills"
Trasversalità (intersectoriale, multisectoriale) per il progetto	Il progetto coinvolge AUsl, Comuni, scuole e Terzo settore.
Attività principali	Attività di formazione degli operatori dei servizi e di supporto nonché dei giovani in funzione di peer Attivazione di chat con organizzazione della supervisione e discussione casi Sviluppo di una App dedicata per migliorare la fruibilità
Rischi e management	Il rischio principale è costituito dalla bassa partecipazione dei giovani, la possibile soluzione è rappresentata dall'estensione della partecipazione al progetto costituendo una redazione regionale allargata per ampliare gli orari di apertura del servizio.
Sostenibilità	La sostenibilità è legata alla conferma di alcune risorse dedicate alle attività del progetto.

## Cronogramma progetto 3.5 "Peer online"



## Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
<b><i>N. contatti</i></b>	<b><i>Dati RER</i></b>	<b><i>NA</i></b>	<b><i>1200</i></b>	<b><i>1260 (+5%)</i></b>	<b><i>1323 (+5%)</i></b>	<b><i>1323</i></b>
N. operatori coinvolti	Dati RER	NA	5	6	7	7
N. peer coinvolti	Dati RER	NA	20	21	22	22
Numero distretti con attivazione di chat	Dati RER	NA	4	5	6	6

Codice progetto e nome	3.6 - Progetto adolescenza
Descrizione	Il "Progetto Adolescenza" (secondo quanto previsto dalle Linee di indirizzo "Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza" approvate con Dgr. 590/13) si propone di sviluppare in modo più diffuso interventi di promozione e prevenzione nei vari contesti di vita degli adolescenti (con attenzione agli adulti di riferimento ed al passaggio alla maggiore età) e di coordinare, in un percorso integrato dedicato agli adolescenti, le diverse competenze e professionalità sociali, educative e sanitarie già presenti negli ambiti territoriali corrispondenti alle Aziende sanitarie/province ed ai Distretti/Zone sociali. La proposta metodologica è di operare utilizzando le risorse e le competenze già oggi disponibili, raccogliendole e coordinandole nella sperimentazione di un "Progetto Adolescenza" con una programmazione che attraversi tutto il sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali, scolastici ed educativi e che sia coordinato a livello aziendale/provinciale, con una declinazione a livello distrettuale nel rispetto delle diverse specificità territoriali e che garantisca continuità tra promozione, prevenzione e cura e appropriatezza degli interventi.
Gruppo beneficiario prioritario	Gli adolescenti 11-19 anni
Setting identificato per l'azione	Servizi territoriali sociali, sanitari, educativi e scolastici
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Adolescenti, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori dei servizi socio-sanitari-educativi, la comunità di riferimento
Prove di efficacia	Sono previste attività di monitoraggio del progetto tramite un gruppo di lavoro regionale specifico che si avvale del supporto dell'Università di Bologna. Tra i propri compiti ha quello di indicare buone prassi e azioni di miglioramento.
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto coinvolge tutti i servizi degli ambiti sociale, sanitario, educativo, scolastico e il privato sociale che si occupano di adolescenti.
Attività principali	<p>Coordinamento e regia delle offerte territoriali rivolte agli adolescenti in ambito scolastico, familiare e comunitario.</p> <p>Monitoraggio dell'attuazione del Progetto adolescenza, con particolare riferimento a: sistema di governo locale del progetto, coinvolgimento del mondo adulto e comunitario, partecipazione attiva degli adolescenti, funzione di ascolto e connessione tra i servizi.</p> <p>Formazione degli operatori e scambio di esperienze.</p> <p>Formazione dei peer e attivazione progetti di peer education.</p>
Rischi e management	Il progetto presuppone un coinvolgimento attivo dei decisori politici e dei dirigenti dei servizi. Il processo di costruzione del progetto adolescenza nei territori va accompagnato e supportato con azioni di formazione, monitoraggio e valutazione.
Sostenibilità	Il progetto è attivabile in tutti i territori in presenza di adeguato coinvolgimento e di un sostegno finanziario adeguato.



## Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
<b><i>Numero di distretti in cui è formalizzato il coordinamento del "Progetto adolescenza" nei distretti</i></b>	<b><i>Dati RER</i></b>	<b><i>NA</i></b>	<b><i>2</i></b>	<b><i>5</i></b>	<b><i>9</i></b>	<b><i>12</i></b>
Numero equipe equipe interistituzionali sul territorio	Dati RER	NA	3	5	9	12
Attuazione del sistema di monitoraggio. Proposta buone prassi e azioni di miglioramento.	Dati RER	NA	Fase di progettazione	Attivazione in 2 distretti	Attivazione in ulteriori 2 distretti	Valutazione e esiti del monitoraggio

Codice progetto e nome	3.7 - Maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura
Descrizione	<p>La violenza contro le donne e i minori, oltre a quella presente in altre relazioni interpersonali, è sempre più frequente e ha effetti devastanti sulle vittime e su tutta la comunità. L'O.M.S. raccomanda che gli Stati si dotino di piani di prevenzione della violenza (Raccomandazione 1- W.H.O 2002) e di metodologie di progettazione rigorose e scientifiche che permettano di confrontare e controllare i risultati raggiunti e l'efficacia delle azioni (CISMAI, 2010). La Regione Emilia-Romagna da anni lavora in forma integrata con il territorio per il contrasto e la prevenzione della violenza contro le donne e i minori. In particolare ha voluto garantire l'uniformità e l'adeguatezza dei percorsi rivolti a bambini e adolescenti attraverso specifiche "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso" adottate con D.G.R. n. 1677 novembre 2013. Tali linee definiscono le prassi appropriate per favorire la prevenzione, la rilevazione precoce del fenomeno ed il suo contrasto, attraverso percorsi socio-sanitari integrati e definiti secondo criteri omologabili nelle varie realtà territoriali. In attuazione delle raccomandazioni previste dalle linee regionali per la formazione dei professionisti dei servizi coinvolti nel percorso assistenziale integrato maltrattamento/abuso, la Regione ha proposto una collana di quaderni.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Bambini, adolescenti e loro famiglie
Setting identificato per l'azione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• servizi sanitari territoriali (consultori familiari, spazi donne immigrate, pediatria di comunità, pediatri di libera scelta/medici di medicina generale)</li> <li>• servizi sanitari ospedalieri (pediatria, pronto soccorso, ostetricia-ginecologia, radiologia)</li> <li>• servizi educativi 0-6 anni, scuole, servizi sociali territoriali, comunità per minori, centri per le famiglie, associazioni di volontariato che si occupano della tematica</li> </ul>
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionisti sanitari dell'area materno-infantile degli ospedali e del territorio (pediatri/MMG, ginecologi, ostetriche, infermiere, assistenti sanitarie)</li> <li>• educatori, assistenti sociali, pedagogisti, Enti Locali (amministratori e dirigenti), personale della scuola</li> </ul>
Prove di efficacia	<p>Le strategie per la prevenzione del maltrattamento sui minori hanno lo scopo di intervenire per ridurre le cause fondamentali e i fattori di rischio rafforzando i fattori di protezione per prevenire il verificarsi di nuovi casi. Il maltrattamento infatti è il risultato di una complessa interazione di fattori individuali, relazionali, sociali, culturali e ambientali. Per la comprensione e il contrasto del fenomeno il "Rapporto su violenza e salute" (WHO, 202) e "Prevenire il maltrattamento sui minori (WHO, 2006) suggeriscono l'adozione di una prospettiva "ecologica" ispirata al modello di Bronfenbrenner che considera quattro aree concentriche che interagiscono nell'eziologia, nella prevenzione e nella cura del danno. Secondo questo modello di intervento le strategie preventive dovrebbero agire almeno su tre livelli (sociale, relazionale e individuale) in quanto le possibilità di crescita dei bambini sono funzione di una complessa rete di strutture (sistemi) che comprendono gli individui in una relazione dinamica reciproca. L'intervento sui fattori di stress rappresenta probabilmente il maggiore contributo che i professionisti impegnati nel settore materno-infantile possono dare ad una politica di prevenzione primaria dell'abuso infantile poiché hanno enormi potenzialità di individuare i fattori che possono agire come amplificazione della vulnerabilità tra cui ha un ruolo assai rilevante la depressione materna, la prematurità e la disabilità (Baroncini e Vicoli, 2002). Una importante revisione sistematica sugli aspetti preventivi del maltrattamento infantile (MacMillan 2000) riporta come intervento efficace le visite domiciliari da parte di professionisti dal periodo perinatale durante l'infanzia per madri</p>

	<p>primipare, con svantaggio socio-economico, genitori minorenni e madri nubili (forza di raccomandazione "A"= chiare indicazioni a raccomandare l'evento). Tale intervento favorirebbe lo sviluppo di fattori protettivi. Le evidenze cliniche e le ricerche svolte in tutto il mondo hanno dimostrato le conseguenze a breve, medio e lungo termine della violenza sulla salute del bambino, evidenziando danni fisici e psicologici che impongono di attuare cure precoci, efficaci, integrate e specialistiche per minimizzare gli effetti negativi dell'abuso/maltrattamento (prevenzione terziaria).  <a href="http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_ita.pdf">http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_ita.pdf</a>  <a href="http://www.minori.it/files/prevenzione_disagio.pdf">http://www.minori.it/files/prevenzione_disagio.pdf</a>  <a href="http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/life_skills.pdf">http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/life_skills.pdf</a>  Sito del Garante dell'infanzia e dell'adolescenza nazionale: <a href="http://garanteinfanzia.org/">http://garanteinfanzia.org/</a>  Sito del Garante dell'infanzia e dell'adolescenza regionale: <a href="http://www.assemblea.emr.it/garanti/attivita-e-servizi/infanzia">http://www.assemblea.emr.it/garanti/attivita-e-servizi/infanzia</a>  Sito dell'osservatorio dell'infanzia, pagina dedicata alla tutela, accoglienza e promozione contrasto alla violenza sui minori:   <a href="http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/tutela-accoglienza-e-promozione/tutela-accoglienza-sostegno-genitorialita/violenze-sui-minori/violenze-sui-minori">http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/tutela-accoglienza-e-promozione/tutela-accoglienza-sostegno-genitorialita/violenze-sui-minori/violenze-sui-minori</a></p>
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	<p>La prevenzione del maltrattamento e abuso rientra anche nel programma n.4 Setting Comunità per condizione. Il progetto prevede la collaborazione di diversi servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali e per l'integrazione e ASSR, oltre a rappresentanti dei servizi sociali e dei servizi sanitari, degli Enti Locali e del mondo della scuola.</p>
Attività principali	<p>Garantire l'applicazione delle Linee Guida regionali attraverso il coordinamento della rete dei servizi sociali e sanitari e monitorarne l'andamento con la rilevazione annuale dati bambini in carico ai servizi sociali territoriali (fonte banca dati SISAM) e alla Neuropsichiatria infantile (fonte banca dati SINPIA-ER)  Individuare le buone pratiche locali e garantirne la diffusione a livello regionale attraverso protocolli applicativi e quaderni correlati.  Garantire una adeguata informazione (via web e cartacea) e formazione di base e specialistica ai professionisti</p>
Rischi e management	<p>L'attuazione del progetto richiede una grande trasversalità, sicuramente con il Servizio Politiche familiari infanzia e adolescenza, ma sarebbe auspicabile che la rete comprendesse anche gli educatori dei servizi educativi 0-6 anni, dell'Autorità Giudiziaria ed i soggetti del Terzo Settore/associazionismo..  Il sistema di monitoraggio è vincolato alla collaborazione dei professionisti del territorio (operatori sanitari e dei servizi sociali) per la raccolta e l'inserimento dei dati. Deve essere presidiata l'attività di messa a disposizione e fruibilità, per i professionisti, delle linee di indirizzo regionali e dei quaderni pubblicati e di quelli di prossima pubblicazione anche attraverso eventi di formazione di base e/o specialistica.</p>
Sostenibilità	<p>In attuazione delle Linee Guida la Regione ha già reso disponibili i primi due quaderni della collana che forniscono indicazioni metodologiche sulla valutazione clinica e medico-legale e sulla diagnosi differenziale in caso di fratture. La possibilità di implementare interventi di prevenzione e cura è vincolata alla collaborazione e partecipazione degli attori sopra descritti e alla disponibilità di fondi dedicati</p>

## Cronogramma progetto 3.7 "Maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura"



Attività principali	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Monitoraggio applicazione linee di indirizzo regionali e quaderni correlati	X	X	X				X				X			
Formazione (locale e regionale)	X	X				X				X				X
Monitoraggio formazione			X				X				X			
Raccolta buone prassi per costruzione quaderno prevenzione maltrattamento/abuso	X	X	X	X										
Stesura quaderno prevenzione maltrattamento/abuso				X	X	X	X							
Rilevazione annuale dati bambini in carico ai servizi sociali territoriali (banca dati SISAM)			X	X	X		X	X	X		X	X	X	

## Elenco indicatori

Indicatori di processo	Fonte	Formula		2016	2017	2018
------------------------	-------	---------	--	------	------	------

			Valore di partenza (baseline)			
N. eventi formativi realizzati a livello locale	Rilevazione ad hoc	NA	4	5	7	
N Aziende che inviano protocolli di buone prassi	Rilevazione ad hoc	NA	0	4	5	6
<b>% di minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (modalità organizzative individuate per l'accoglienza, la valutazione e la presa in carico integrata)</b>	<b>Sistemi informativi e Rilevazione ad hoc</b>	<b>n. minori con M/A trattati in maniera integrata/numero pazienti con M/A totali x 100</b>	<b>Da attivare</b>	<b>5%</b>	<b>10%</b>	<b>25%</b>
N Aziende con evidenza documentale della avvenuta integrazione multiprofessionale	Rilevazione ad hoc	NA	0	2	4	6

Codice progetto e nome	3.8 - Programma di ginnastica personalizzata a domicilio (Otago) e per piccoli gruppi
Descrizione	<p>L'obiettivo del progetto è la prevenzione delle cadute e delle relative conseguenze in termini di disabilità e costi per il sistema, attraverso l'applicazione di protocolli di prevenzione differenziati per diverse categorie di anziani a rischio con lo scopo di sperimentare interventi mirati e ottimizzare le risorse dedicate.</p> <p>Visto l'esito della sperimentazione effettuata con i precedenti Piani regionali della Prevenzione si è determinata l'opportunità di attivare un "ambulatorio cadute". L'attività prevista è la valutazione degli anziani potenzialmente a rischio su segnalazione dei Medici di Medicina Generale e la promozione di programmi di attività fisica finalizzata alla prevenzione delle cadute attuando strategie di autocura ed educazione terapeutica differenziate.</p> <p>Il passaggio successivo comporta la creazione di piccoli gruppi di anziani, l'organizzazione di incontri periodici per la promozione dell'attività fisica e l'avvio a percorsi per la pratica di attività fisica in gruppo, da costruirsi in collaborazione con la rete delle Palestre Etiche e delle Palestre Sicure. I percorsi si articoleranno in modo analogo a quanto previsto per l'attività fisica adattata (vedi scheda progetto 6.7), e potranno quindi iniziare con una prescrizione da parte del personale sanitario e proseguire con l'invio a palestre in cui operino professionisti, laureati in scienze motorie con le qualifiche previste per i percorsi AFA e che abbiano quindi seguito un breve corso di formazione gratuito organizzato dalle AUSL. È infine necessario formare i MMG in relazione al problema delle cadute nell'anziani.</p> <p>È auspicabile condurre approfondimenti relativi alla progettazione e realizzazione di spazi abitativi a di vicinato che favoriscano la sicurezza e la socializzazione al fine del mantenimento e miglioramento delle abilità residue degli anziani.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	anziani over65enni
Setting identificato per l'azione	Case della Salute, Rete delle Palestre Etiche e Sicure
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Personale sanitario, operatori delle palestre
Prove di efficacia	<p>Numerosi studi confermano che un intervento di ginnastica personalizzata orientata al rinforzo muscolare e al miglioramento dell'equilibrio, eseguita al domicilio seguendo quanto previsto dal metodo Otago (Thomas, Mackintosh, Halbert: 2010) può ridurre la probabilità di cadere, negli anziani a rischio più elevato. Il protocollo, adottato in via sperimentale in alcune realtà della Regione Emilia-Romagna ha dato modo di verificare la trasferibilità del protocollo Otago nel contesto emiliano-romagnolo. È infatti ottima l'aderenza al programma (che sfiora l'80%), dato peraltro in linea col giudizio soggettivo positivo sul beneficio percepito. A ciò si aggiunge l'ulteriore azione virtuosa dell'induzione di uno stile di vita più corretto nell'ottica del mantenimento di tutte le funzioni residue per un invecchiamento di successo.</p> <p>Studi prospettici evidenziano come una attività fisica di intensità moderata, eseguita con regolarità ed intrapresa in giovane età, sia in grado di dimezzare i tassi di mortalità nell'età adulta e prolungare la vita media di oltre due anni [Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL, Hsieh CC. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. New Eng J Med 1986; 314:605-613]. La letteratura evidenzia inoltre come l'adozione di uno stile di vita attivo possa esercitare un effetto favorevole sulla speranza di vita a prescindere dall'età alla quale si (ri)inizia ad essere fisicamente attivi [Blair SN, Kohl W, Barlow CE, Paffenbarger RS, Gibbons LW, Macera CA. Change in physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy and unhealthy men. J Am Med Ass 1995; 273:1093-1098.].</p>

	<p>Gillespie et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012</p> <p>Lloyd et al: Recurrent and Injurious Falls in the Year Following Hip Fracture. J Gerontol ABIol Sci Med Sci, 2009</p> <p>Regione Emilia-Romagna Il piano per la prevenzione 2010-12</p> <p>Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Tilyard MW, Buchner DM</p> <p>Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women BMJ 1997;315:1065-1069</p> <p>A Salsi, M Natali, A Cenni, C Galetti La prevenzione del rischio di caduta dell'anziano al domicilio: valutazione di fattibilità G Gerontologia 2010; 58: 87-94</p>
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto vede la collaborazione di diversi operatori sanitari (MMG, fisioterapisti, infermieri, medici dei DSP, Medici dello Sport, ortopedici, fisiatristi, geriatri) e di soggetti esterni al sistema quali i gestori della Rete delle Palestre Etiche e Sicure.
Attività principali	<p>Attivazione gruppo di lavoro regionale e produzione di un documento tecnico di indirizzo sul protocollo Otago inserito all'interno delle Case della Salute</p> <p>Formazione rivolta al personale dedicato delle Case della Salute</p> <p>Reclutamento dell'anziano nell'attività per la realizzazione degli incontri individuali</p> <p>Organizzazione di attività per piccoli gruppi e coordinamento con la rete Palestre Etiche e Sicure</p> <p>Corsi di formazione per il personale delle Palestre Etiche e Sicure</p> <p>Formazione MMG sul tema della prevenzione delle cadute nell'anziano</p> <p>Monitoraggio e valutazione del progetto</p>
Rischi e management	<p>L'effettiva presa in carico degli anziani a rischio caduta nelle Case della Salute è vincolata alla disponibilità dei MMG ed effettiva promozione del programma all'interno delle Case della Salute nonché alla disponibilità di personale dedicato al programma di incontri individuali</p> <p>È inoltre necessario stabilire una forte partnership con gli attori sul territorio per la promozione degli incontri, la pubblicizzazione dei corsi, nonché l'aderenza al percorso da parte della popolazione over65</p>
Sostenibilità	La sostenibilità del progetto è legata alla continuità con l'esperienza dei precedenti Piano della Prevenzione. Inoltre il coinvolgimento delle palestre etiche e sicure per l'organizzazione di corsi di ginnastica di gruppo è stata ampiamente sperimentata per i programmi di attività fisica adattata.

### Cronogramma 3.8 "Programma di ginnastica personalizzata a domicilio (Otago) e per piccoli gruppi"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attivazione gruppo di lavoro regionale		X	X	X										
Azioni preliminari all'avvio del programma					X	X								
Formazione del personale dedicato all'attuazione del programma Otago all'interno delle Case della Salute e delle palestre etiche e sicure				X	X	X	X	X						
Effettuazione del programma							X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio dei risultati						X				X				X
Formazione MMG				X	X	X	X	X						

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

<b>Indicatori di processo</b>	<b>Fonte</b>	<b>Formula</b>	<b>Valore di partenza (baseline)</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Disponibilità del documento tecnico di indirizzo elaborato dal gruppo di lavoro	Rilevazione ad hoc	NA	NA	Si		
<b><i>Attivazione del programma all'interno delle Case della Salute</i></b>	<b><i>Rilevazione ad hoc</i></b>	<b><i>Numero Case della Salute che hanno attivato il programma / totale Case della Salute x 100</i></b>	<b><i>0</i></b>	<b><i>0</i></b>	<b><i>10%</i></b>	<b><i>30%</i></b>
Evidenza di attivazione di percorsi formativi attivati in tutte le Case della Salute coinvolte nel progetto	Rilevazione ad hoc	Attivazione di almeno un corso di formazione per ogni Casa della Salute coinvolta	0	0	Si	Si
Realizzazione della formazione per MMG	Rilevazione ad hoc	Numero di AUsl che hanno aderito alla formazione / totale AUsl x 100	0	25%	50%	75%

Codice progetto e nome	3.9 - Alimentazione anziano
Descrizione	<p>Lo stato nutrizionale contribuisce alla qualità della vita per ogni individuo e l'alimentazione può rappresentare un fattore di rischio determinante per numerose malattie cronico – degenerative; da tempo l'OMS e l'UE hanno pianificato sinergicamente una politica internazionale finalizzata all'adozione, nell'ambito delle popolazioni, di stili di vita salutari. Rientrano tra le principali iniziative interventi mirati verso gruppi di popolazione ad alto rischio quali gli anziani istituzionalizzati, finalizzati all'adattamento dei sistemi sanitari e alla erogazione garantita di cure efficaci e continuità assistenziale. In tale contesto, la malnutrizione, intesa quale condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente ad uno squilibrio tra i fabbisogni, gli introiti e l'utilizzo dei nutrienti, costituisce un problema poco conosciuto e/o sottovalutato, spesso già presente nell'anziano all'inizio della vita in struttura, che comporta costi sanitari elevati, sia diretti (inerenti la patologia), sia indiretti (riguardanti la qualità della vita, gli aspetti di fragilità e vulnerabilità nei confronti delle malattie e di quelli sociopsicologici). La malnutrizione per eccesso e per difetto (soprattutto la Malnutrizione Proteico – Energetica o PEM) è, nell'anziano, in gran parte correlata all'ambiente in cui vive e raggiunge per l'anziano in struttura percentuali del 30% per la forma in difetto e del 20-35% per l'obesità. La ristorazione nelle strutture socio – assistenziali potrebbe costituire un'occasione di educazione alimentare associata ad una vera e propria cura dell'ospite, finalizzata alla prevenzione ed al contrasto della vulnerabilità del paziente, in termini di mortalità e morbilità, aumento delle complicanze ed insuccesso delle terapie.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Anziani ospiti delle Case residenze per anziani non autosufficienti (CRA); anziani dei centri diurni socio – sanitari; anziani in comunità alloggio.
Setting identificato per l'azione	Case residenze per anziani non autosufficienti (CRA); Centri Diurni socio – sanitari; Comunità Alloggio.
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori sanitari; Amministratori locali; Ditte di ristorazione; familiari degli ospiti
Prove di efficacia	<p>“Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed assistenziale” – Presidenza del Consiglio dei Ministri – Rep. N. 246/ASR del 16/12/2010;  Gaillard C., Alix E., Salle A., Berrut G. and Ritz P. “Energy requirement in frail elderly people: a review of the literature”. Clin. Nutr., Feb. 2007; 26(1):16-24;  Martin CT, Kayser – Jones J., Stotts N., Porte C, Froelicher ES. “Nutritional Risk and Low Weight in Community – Living Older Adults: A Review of the Literature (1995-2005)”. J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. Sep 2006; 61:927 – 934;  Guigoz Y.: “The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature – What does it tell us?”. J Nutr Health Aging 2006; 10:466-485</p>
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	La ristorazione socio – assistenziale rappresenta un contesto privilegiato per la prevenzione ed il contrasto alla malnutrizione proteico – energetica nell'anziano e per la promozione di corrette abitudini alimentari; tale comparto ha un'interfaccia diretta con gli Enti Locali, le Ditte di ristorazione ed altri operatori del settore alimentare
Attività principali	<p>Realizzare e condividere gli strumenti di lavoro a livello regionale e territoriale  Valutazione del menù e delle tabelle dietetiche in uso con emissione di parere, compresa la disponibilità di idratazione libera durante l'intero arco della giornata;  Formazione degli operatori addetti alla preparazione dei pasti (se in gestione diretta) oppure degli operatori appartenenti alle Ditte di ristorazione;</p>

Rischi e management	La malnutrizione nell'anziano è scarsamente riconosciuta; la ristorazione non sempre viene considerata quale aspetto rilevante della qualità assistenziale offerta; scarsa standardizzazione, a livello nazionale, dell'attività di trasferimento e diffusione delle conoscenze ai gruppi qualificati e generici
Sostenibilità	Le esperienze pregresse ed in corso, ancorché parcellari, attestano la validità e l'efficacia delle attività comprese nel progetto.

## Cronogramma progetto 3.9 "Alimentazione anziano"

	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività principali														
Realizzare e condividere gli strumenti di lavoro a livello regionale e territoriale			X	X	X	X								
Valutazione del menù e delle tabelle dietetiche in uso con emissione di parere							X	X	X	X	X	X	X	X
Formazione degli operatori addetti alla preparazione dei pasti										X	X	X	X	X



## Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

<b>Indicatori di processo</b>	<b>Fonte</b>	<b>Formula</b>	<b>Valore di partenza (baseline)</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
% di pareri emessi a seguito della valutazione del Menù	Rilevazione ad hoc	Numero pareri menù rilasciati / numero strutture x 100	NA	0%	30%	40%
<b><i>% operatori addetti alla preparazione dei pasti formati</i></b>	<b><i>Rilevazione ad hoc</i></b>	<b><i>Numero di operatori formati / numero di operatori x 100</i></b>	<b><i>NA</i></b>	<b><i>0%</i></b>	<b><i>50%</i></b>	<b><i>70%</i></b>