



ALLEGATO A

REGIONE ABRUZZO

PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE

2014-2018

Dipartimento per la Salute e il Welfare

Regione Abruzzo

Introduzione al Piano

La struttura del Piano Regionale di Prevenzione che si sviluppa in questo documento è stata ragionata e condivisa tra il livello centrale, regionale e locale, e riflette la visione, i principi, le priorità e la struttura del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2014-2018.

Sono stati predisposti i documenti di programmazione per dare attuazione ai macro obiettivi definiti nel nuovo Piano Nazionale Prevenzione, di seguito elencati.

- 2.1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
- 2.2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali
- 2.3. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani
- 2.4. Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti
- 2.5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
- 2.6. Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti
- 2.8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute – Acque potabili
- 2.9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie
- 2.10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli

Programmazione per macro-obiettivi - la struttura complessa del Piano

La complessità degli interventi in atto, e la necessità di passare da una strategia composta da singole azioni ad una logica di processi e programmi, hanno portato ad una struttura del piano molto articolata.

Come previsto dal PNP 2014-2018, infatti, la molteplicità delle azioni ha richiesto l'organizzazione delle stesse in programmi (13, nel complesso), ciascuno dei quali include diversi obiettivi centrali.

In altri termini, all'interno di ogni programma, vi sono diversi obiettivi centrali (necessari per la realizzazione dell'intero programma e stabiliti nell'allegato 1 al Documento di Valutazione del Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018); all'interno di tali obiettivi centrali (73, nel complesso), sono elencate spesso azioni diverse, che sarà necessario svolgere per realizzare i singoli obiettivi; all'interno di una stessa azione, sono a volte previste diverse attività.

A complicare ulteriormente il quadro, la stessa azione può contribuire alla realizzazione di più di un obiettivo centrale (ad es. la formazione nelle scuole, utile contemporaneamente per aumentare il consumo di frutta e verdura - obiettivo 1.7 - e aumentare il livello di attività fisica dei giovani - obiettivo 1.3), così come lo stesso obiettivo centrale può contribuire alla realizzazione di più di un programma (ad esempio, ridurre il numero di fumatori gioca un ruolo importante sia per il programma 3 - Vivere in Salute - sia per il programma 4 - Ambienti di lavoro salutari).

Il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione

Nel contesto delle azioni programmate, il Dipartimento di Prevenzione costituisce storicamente la struttura di riferimento per le principali Istituzioni rappresentative della comunità stessa (Comuni, Scuola, etc). Ogni azione preventiva di comunità è caratterizzata, su iniziativa spontanea o su mandato istituzionale, da numerose linee di intervento non sempre omogenee, organiche, durature e diffusamente riconoscibili. Al Dipartimento di Prevenzione compete quindi un ruolo di regia per strutturare organicamente iniziative talora complesse, garantendo i necessari riferimenti epidemiologici di base, l'analisi evolutiva di tali riferimenti nelle fasi intermedie e nella valutazione di esito, i necessari requisiti di qualità e di economicità, il raccordo istituzionale, la congruità e la pertinenza terminologica, la condivisione degli obiettivi con le altre strutture sanitarie dell'Azienda, con particolare riferimento alla Medicina Generale e alle aree cliniche competenti per i singoli capitoli di lavoro.

Per quanto attiene le strategie basate sull'individuo, il Dipartimento di Prevenzione è certamente chiamato ad un ruolo organizzativo più organico. A tale riguardo, in riferimento alle azioni di prevenzione secondaria mediante screening, al Dipartimento di Prevenzione competono la strutturazione della centrale organizzativa, unica per i diversi programmi di screening (oncologici e non), il marketing sociale, la valutazione epidemiologica di base, di processo e di esito, la creazione di reti e di percorsi assistenziali all'interno dell'Azienda Sanitaria, il raccordo con la Medicina Generale, l'implementazione di percorsi istituzionali di qualityimprovement, il budgeting e il reporting.

Tale complesso ruolo di azione e di regia affidato al Dipartimento di Prevenzione richiede una crescente qualificazione delle competenze, con particolare riferimento all'analisi epidemiologica, alla creazione di partnership orizzontali, al ruolo di advocacy istituzionale, alla formazione di professionisti interni ed esterni all'Azienda Sanitaria, alla leadership progettuale.

La rete dei Dipartimenti di Prevenzione attivi in ambito regionale è chiamata quindi a selezionare e/o implementare alcune significative linee di lavoro e buone pratiche, anche già operative, aventi le caratteristiche della sostenibilità, della durevolezza, delle misurabilità di processo e di esito, dell'efficienza

gestionale. Appare pertanto necessario che i Dipartimenti di prevenzione assumano all'interno delle ASL questo ruolo di regia delle governance degli interventi costruendo una rete di collegamenti all'interno delle strutture sanitarie coinvolte nell'attuazione delle specifiche azioni programmate.

I partner

Per agire sui determinanti socio-economici e ambientali delle malattie croniche, per dare maggior credibilità ai messaggi da veicolare, per consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, per assicurare un'informazione univoca e completa sono necessarie alleanze tra forze diverse e azioni sinergiche. Poiché la maggior parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del Servizio Sanitario, il PRP, attuando l'approccio "Salute in tutte le politiche" punta sull'avvio di una politica delle alleanze tra soggetti portatori di interesse e settori diversi della società (Amministrazioni locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, etc), che è l'obiettivo trainante dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Nel contesto del presente Piano, alcuni enti sono chiamati ad un ruolo particolarmente importante. Tra quelli interni al sistema regionale, vi sono il Dipartimento Opere Pubbliche, Governo del Territorio e Politiche Ambientali, il Sistema Epidemiologico Regionale, l'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR-Abruzzo), sede del Registro Tumori Regionale, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise, l'Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente (ARTA). Tra i partner esterni al sistema regionale, vi sono l'Ufficio Scolastico Regionale per l'Abruzzo, la sezione regionale del Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI), le Società Scientifiche della Medicina Generale, e le Università regionali (Chieti-Pescara, L'Aquila, e Teramo).

La formazione e la comunicazione

L'attività formativa ha un ruolo cruciale nell'ambito del PRP 2014-2018, essendo uno strumento essenziale non solo per accrescere le competenze degli operatori sanitari, ma anche per determinare un cambio culturale degli stessi operatori e della popolazione generale rispetto al modo di concepire la prevenzione e la promozione della salute. Inevitabilmente, lo sviluppo di competenze chiave si basa sull'aggiornamento continuo degli operatori e sulla revisione delle pratiche già in essere, ed è correlato ad una vasta gamma di potenziali applicazioni in numerosi settori.

Anche la comunicazione rappresenta, all'interno del PRP 2014-2018, una attività trasversale presente sotto varie tipologie nella maggioranza dei Programmi. Tale presenza risponde alla necessità di veicolare al meglio le informazioni alla popolazione generale ed a specifiche fasce di soggetti a rischio, supportando la popolazione che cerca informazioni sulla salute e sui servizi offerti, contribuendo all'educazione sanitaria dei cittadini, e massimizzando l'efficacia delle attività di formazione.

Gli obiettivi centrali del Piano regionale di prevenzione 2014-2018

Come in precedenza accennato, gli obiettivi centrali del Piano sono posti all'interno di 13 programmi e sono stati elencati nell'Allegato 1 al Documento di Valutazione del PNP 2014-2018. Questo documento, oltre a stabilire gli obiettivi centrali da realizzare (nel complesso, 73), ha elencato una serie di indicatori specifici per ciascun obiettivo. Sia ai 73 obiettivi centrali, che ai relativi indicatori, sono stati assegnati dei codici identificativi, che vengono richiamati in questo Piano per favorirne la consultazione. L'elenco dei codici e degli obiettivi centrali è di seguito riportato per completezza. Per l'elenco completo degli indicatori, che sono comunque riportati nel testo, si rimanda al citato documento.

Codice	Obiettivo centrale
1.1	Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale (da definire nell'ambito delle azioni centrali di supporto al PNP di cui al paragrafo 1.3. del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 - Intesa Stato-Regioni 13.11.2014)
1.2	Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese
1.3	Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica e alcol) nella popolazione giovanile e adulta
1.4	Ridurre il numero di fumatori
1.5	Estendere la tutela dal fumo passivo
1.6	Ridurre il consumo di alcol a rischio
1.7	Aumentare il consumo di frutta e verdura
1.8	Ridurre il consumo eccessivo di sale
1.9	Aumentare l'attività fisica delle persone

Codice	Obiettivo centrale
1.10	Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT
1.11	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)
1.12	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei tre tumori oggetto di screening)
1.13	Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico
1.14	Riorientare / avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA
1.15	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella
2.1	Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita
2.2	Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita
3.1	Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta
3.2	Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale
4.1	Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui
5.1	Ridurre il numero di decessi per incidente stradale
5.2	Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale
5.3	Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida
6.1	Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero
6.2	Aumentare il livello di attività fisica degli ultra64enni
6.3	Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale a rischio, nei genitori e nei care giver
6.4	Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS
6.5	Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico
7.1	Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex art. 5/81 approvati mediante accordo tra Stato e Regioni
7.2	Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP
7.3	Sostenere il ruolo di RLS / RLST e della bilateralità
7.4	Promuovere / favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale
7.5	Promuovere / favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende
7.6	Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo di competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori
7.7	Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni
7.8	Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit
8.1	Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "salute in tutte le politiche"
8.2	Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali / salute attraverso: <ul style="list-style-type: none"> - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione; - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica

Codice	Obiettivo centrale
8.3	Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali
8.4	Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti
8.5	Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi dell'integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio
8.6	Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico
8.7	Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi
8.8	Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche
8.9	Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione (*)
8.10	Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed ecocompatibilità nella costruzione / ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon
8.11	Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare
8.12	Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV
9.1	Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie
9.2	Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce
9.3	Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile
9.4	Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (MMG, ospedalieri, laboratoristi)
9.5	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)
9.6	Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)
9.7	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)
9.8	Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione
9.9	Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive
9.10	Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
9.11	Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale
9.12	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici
9.13	Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza
10.1	Adottare piani di controllo / monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura (*)
10.2	Ridurre il fenomeno dell'antibiotico-resistenza tramite la corretta gestione del farmaco

Codice	Obiettivo centrale
10.3	Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali / laboratori di diagnostica / sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica / sorveglianza nel settore alimentare e veterinario
10.4	Completare i sistemi anagrafici
10.5	Gestire le emergenze relative alla sicurezza alimentare ,epidemiche e non e gli eventi straordinari
10.6	Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali
10.7	Assicurare una appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici
10.8	Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, e di relativi controlli, sui canili e rifugi
10.9	Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti , ivi inclusi le persone celiache
10.10	Ridurre i disordini da carenza iodica
10.11	Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale
10.12	Realizzare gli audit previsti dall'art. 4, paragrafo 6 del Regolamento CE 882/2004

I Programmi del Piano regionale di prevenzione 2014-2018 - Indice

Il Piano regionale 2014-2018 si articola nei sottoelencati programmi:

Programma 1. Misurare per agire.....	Pag. 8
Obiettivi centrali: 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 5.2, 5.3, 6.3, 6.4, 6.5, 7.1, 7.2, 8.2, 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6, 9.10, 9.11, 9.13, 10.2, 10.4	
Programma 2. A scuola ... di salute.....	Pag. 43
Obiettivi centrali: 1.3, 3.1, 3.2, 4.1, 7.6, 8.11, 8.12	
Programma 3. Vivere in salute.....per guadagnare salute.....	Pag. 92
Obiettivi centrali: 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 5.3, 6.2	
Programma 4. Ambienti di lavoro salutar.....	Pag. 115
Obiettivi centrali: 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9	
Programma 5. Operatori sanitari promotori di salute.....	Pag. 118
Obiettivi centrali: 1.2, 1.10, 1.11, 2.1, 2.2, 6.4	
Programma 6. Screening oncologici.....	Pag. 139
Obiettivi centrali: 1.12, 1.13, 1.14, 1.15	
Programma 7. Guida sicura.....	Pag. 151
Obiettivi centrali: 5.1, 5.2, 5.3	
Programma 8. Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.....	Pag. 168
Obiettivi centrali: 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.7, 7.8, 8.9	
Programma 9. Casa sicura.....	Pag. 245
Obiettivi centrali: 6.1, 6.3	
Programma 10. Ambiente e salute.....	Pag. 257
Obiettivi centrali: 7.2, 7.8, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 8.8, 8.10, 10.1	
Programma 11. Promozione della sicurezza alimentare e nutrizionale.....	Pag. 298
Obiettivi centrali: 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.7, 10.9, 10.10, 10.11, 10.12	
Programma 12. Rafforzare le misure di sanita' pubblica veterinaria.....	Pag. 333
Obiettivi centrali: 10.4, 10.5, 10.6, 10.8	
Programma 13. Vaccinazioni e malattie infettive: consolidamento dei risultati e nuovi orizzonti...	Pag. 341
Obiettivi centrali: 9.5, 9.7, 9.8, 9.9, 9.12	

Programma 1. Misurare per agire

Il programma contiene una serie di azioni di sistema, finalizzate:

- all'estensione e al consolidamento di sistemi di sorveglianza e di monitoraggio già attivi
- al miglioramento della qualità delle fonti di dati necessari al monitoraggio del progresso verso gli obiettivi generali del PRP
- all'implementazione di sistemi di informatizzazione della registrazione di attività e di flussi in entrata ai SPSAL di cui agli atti di indirizzo del Comitato ex art. 5 D.Lgs. 81/08
- all'istituzione di Registri di tumori ad alta frazione eziologica (ReNaTuNS) e a bassa frazione eziologica professionale.

Il programma include i seguenti obiettivi centrali:

- 1.3. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica e alcol) nella popolazione giovanile e adulta - descritto in dettaglio nel Programma 2, cui si rimanda.
- 1.4. Ridurre il numero di fumatori - descritto in dettaglio nel Programma 3, cui si rimanda.
- 1.5. Estendere la tutela dal fumo passivo - descritto in dettaglio nel Programma 3, cui si rimanda.
- 1.6. Ridurre il consumo di alcol a rischio - descritto in dettaglio nel Programma 3, cui si rimanda.
- 1.7. Aumentare il consumo di frutta e verdura - descritto in dettaglio nel Programma 3, cui si rimanda.
- 1.8. Ridurre il consumo eccessivo di sale - descritto in dettaglio nel Programma 3, cui si rimanda.
- 1.9. Aumentare l'attività fisica delle persone - descritto in dettaglio nel Programma 3, cui si rimanda.
- 5.2. Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale - descritto in dettaglio nel Programma 7, cui si rimanda.
- 5.3. Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida - descritto in dettaglio nel Programma 7, cui si rimanda.
- 6.3. Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale a rischio, nei genitori e nei care giver - descritto in dettaglio nel Programma 9, cui si rimanda.
- 6.4. Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS - descritto in dettaglio nel Programma 5, cui si rimanda.
- 6.5. Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico.
- 7.1. Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex art. 5/81 approvati mediante accordo tra Stato e Regioni.
- 7.2. Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP - descritto in dettaglio nel Programma 8, cui si rimanda.
- 8.2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali / salute attraverso: il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione; il potenziamento della sorveglianza epidemiologica - descritto in dettaglio nel Programma 10, cui si rimanda.
- 9.1. Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie.
- 9.2. Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce.
- 9.3. Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile.
- 9.4. Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (MMG, ospedalieri, laboratoristi).
- 9.5. Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV) - descritto in dettaglio nel Programma 13, cui si rimanda.
- 9.6. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti).
- 9.10. Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).
- 9.11. Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale.
- 9.13. Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.
- 10.2. Ridurre il fenomeno dell'antibiotico-resistenza tramite la corretta gestione del farmaco - descritto in dettaglio nel Programma 11, cui si rimanda.
- 10.4. Completare i sistemi anagrafici - descritto in dettaglio nel Programma 11, cui si rimanda.

Obiettivo centrale 6.5. Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico.

BREVE DESCRIZIONE

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è la fonte principale dei dati per il monitoraggio dei traumi e delle intossicazioni conseguenti ad incidenti (soprattutto domestici e stradali). La classificazione riportata nella SDO è legata a quella operata al momento dell'accesso in Pronto Soccorso. Nell'analisi dei dati regionali di contesto relativi ai ricoveri per incidente stradale ed incidente domestico nella regione si rilevano incongruenze: ad esempio, il numero di ricoveri per incidente stradale nella regione nell'anno 2012 (sulla base dell'attribuzione contenuta nella SDO) è stato pari a 1010, mentre, in base all'algoritmo ISS-OMS per la stima dei ricoveri in base al numero di decessi, il numero di ricoveri atteso nel 2012 sarebbe stato pari a 1760. Nello stesso modo, per gli incidenti domestici: il numero di ricoveri attribuiti nel 2013 a questa causa è pari a 3739, a fronte di un tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti per le dimissioni di ultra75enni ricoverati in acuto con codici ICD-9-CM 820.XX (diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore) pari nel 2013 a 14,94 per 1000 abitanti. Riportando il tasso al numero di abitanti nell'anno, solo per gli ultra75enni è possibile stimare un numero assoluto di circa 2200 dimissioni. Considerando che le cadute rappresentano la causa principale di frattura di femore nell'anziano e che la maggior parte delle cadute avviene in ambiente domestico è difficile non interrogarsi sulla discrepanza tra i due dati. Riscontri occasionali sui sistemi informatici di Pronto Soccorso hanno mostrato criticità nella classificazione. Vista la necessità di monitorare l'efficacia delle azioni previste dal PRP per il conseguimento degli obiettivi centrali 6.1 (numero di ricoveri per incidente domestico), 6.5 (conoscenza del fenomeno di avvelenamento in ambiente domestico), 5.2 (tassi di ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumatismi ed avvelenamenti), si prevede un intervento finalizzato al miglioramento della classificazione dei traumi e delle intossicazioni in Pronto Soccorso anche ai fini di una migliore attribuibilità dei ricoveri alle diverse tipologie di incidente (domestico, stradale, sul lavoro) e di una migliore conoscenza dell'entità del fenomeno degli avvelenamenti domestici. Pertanto, l'azione è finalizzata alla misurazione degli indicatori 5.2.1 e 6.1.1, oltre che al perseguimento dell'obiettivo 6.5. Le altre azioni finalizzate al perseguimento dell'obiettivo 5.1 sono contenute nel programma n.7; quelle per il perseguimento dell'obiettivo 6.1 è contenuta nel programma n. 9. L'azione è finalizzata nel contempo ad una migliore conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico, con riferimento all'obiettivo centrale 6.5.

EVIDENZE DI EFFICACIA: n.a.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA'

Le attività previste produrranno un miglioramento stabile della qualità dei sistemi di monitoraggio di dati sanitari relativi all'attività dei DEA e ai ricoveri conseguenti a traumi e intossicazioni.

AZIONE N. 1

Migliorare la classificazione dei traumi nei verbali di pronto soccorso e nelle sdo, e migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico. Questa azione sarà utile anche ai fini della realizzazione degli obiettivi centrali 5.2 e 6.1.

OBIETTIVO SPECIFICO: Migliorare la classificazione dei traumi e delle intossicazioni nei verbali di pronto soccorso e nelle SDO

ATTIVITÀ:

- a) Condivisione di criteri corretti ed omogenei a livello regionale
- b) Applicazione dei criteri condivisi e monitoraggio
- c) Produzione di un report sul fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico

Setting: Ambienti sanitari.

Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Baseline (2013)	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Criteri di classificazione dei traumi e degli avvelenamenti in P.S. condivisi e applicati nella regione	indagine campionaria ad hoc			Criteri di classificazione condivisi	criteri di classificazione condivisi e applicati	criteri di classificazione condivisi e applicati
6.5.1 produzione di un report regionale sul fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	Report					Report regionale

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Condivisione di criteri corretti ed omogenei a livello regionale		X	X									
2. Applicazione dei criteri condivisi e monitoraggio				X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Produzione di un report sul fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico												X

Obiettivo centrale 7.1. Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex art. 5/81 approvati mediante accordo tra Stato e Regioni.

BREVE DESCRIZIONE:

Le relazioni ex art. 9 L. 257/92 devono essere trasmesse ogni anno (entro il 28 febbraio) alla Regione e al Servizio di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro della ASL competente per territorio. In alcune regioni è stato già avviato un processo di semplificazione della notifica utilizzando il mezzo telematico attraverso un sito internet, che si avvale di un applicativo informatico web-based sviluppato dal Centro Regionale Amianto del Lazio presso la AUSL di Viterbo, che è in grado di acquisire telematicamente le relazioni in conformità al modello unificato definito dal Gruppo Nazionale Amianto presso il Ministero della Salute. Nel 2013 la AUSL di Viterbo ha sottoscritto un accordo di collaborazione con il Ministero della Salute per la "Diffusione alla Regioni e alle Province autonome delle modalità di raccolta delle notifiche art.9 della Legge 27 marzo 1992 n. 257 per via telematica", che prevede la disponibilità gratuita dell'applicativo. La Regione Abruzzo risulta aver avviato l'iter burocratico per l'adesione.

Il processo di notifica online prevede che ditte attive nel territorio regionale ricevano un codice identificativo e una password con cui accedere e compilare le schede predisposte presenti sul sito web.

Le informazioni vengono raccolte una sola volta a livello regionale e poi sono inviate in modo selezionato direttamente ai Dipartimenti di Prevenzione interessati, evitando la doppia notifica.

In questo modo la lettura e l'incrocio dei dati sono facilitati, e la georeferenziazione dei siti rende possibile la collocazione grafica in un sistema GIS integrabile con altre immagini di rischio.

Si prevede di riprendere l'iter burocratico per l'adesione all'offerta dell'applicativo e di attivare uno spazio web regionale finalizzato alla ricezione delle relazioni. Lo stesso spazio potrà contenere tutta la documentazione prodotta a livello regionale in materia di salute e sicurezza sul lavoro, con finalità di informazione e assistenza alle imprese (soprattutto piccole e medie) e nell'ambito delle necessarie iniziative di semplificazione dell'adempimento di obblighi normativi e di trasparenza.

I dati disponibili attraverso l'applicativo saranno parte dei contenuti del report di cui all'obiettivo centrale 7.1 (indicatore 7.1.1) e alimenteranno l'elenco degli esposti ad amianto, ai fini dell'attivazione della sorveglianza sanitaria alla cessazione dell'esposizione. Contribuiranno quindi, in futuro, all'emersione di eventuali malattie lavoro correlate da esposizione ad amianto (obiettivo centrale 7.2)

EVIDENZE DI EFFICACIA: n.a.

AZIONE N. 1: Implementare la notifica online delle relazioni annuali delle imprese che effettuano attività di bonifica, trasporto, stoccaggio e/o smaltimento di materiali contenenti amianto (art. 9 L. 257/92).

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Implementare la notifica online delle relazioni annuali delle imprese che effettuano attività di bonifica, trasporto, stoccaggio e/o smaltimento di materiali contenenti amianto (art. 9 L. 257/92)

ATTIVITÀ:

- Valutazione delle condizioni di offerta dell'applicativo disponibile in riuso gratuito, degli eventuali oneri gestionali e manutentivi ad esso riferiti e dei requisiti tecnici necessari per il suo funzionamento
- Valutazione dell'inserimento applicativo web in un opportuno spazio sul portale regionale istituzionale
- Installazione, configurazione e messa in produzione dell'applicativo

Target: operatori SPSAL, Imprese e lavoratori che effettuano attività con amianto.

Setting: Ambienti sanitari e ambienti di lavoro.

Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Baseline (2013)	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Attivazione notifica online relazioni annuali ex art. 9 L. 257/92	sistema di notifica			applicativo messo in produzione	notifica online relazioni art. 9 L. 257/92 attiva	notifica online relazioni art. 9 L. 257/92 attiva
7.1.1. Produzione di un report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati					Produzione report	Produzione report

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Valutazione condizioni di offerta applicativo disponibile in riuso gratuito	X											
2. Valutazione inserimento applicativo web in opportuno spazio sul portale regionale istituzionale	X											
3. Installazione, configurazione e messa in produzione applicativo		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE N. 2: Attivare il Registro dei Tumori Naso-Sinusali nella regione, estendendo ad esso il campo di attività del COR Abruzzo del ReNaM ai sensi dell'art. 244 del D.Lgs. n. 81/08.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Attivare il Registro dei Tumori Naso-Sinusali nella regione, estendendo il campo di attività del COR Abruzzo del ReNaM, in collaborazione con il registro tumori regionale.

DESCRIZIONE:

L'art. 244 del D.Lgs. 81/08 prevede l'istituzione presso l'INAIL di un registro nazionale dei casi di neoplasia delle cavità nasali e dei seni paranasali di sospetta origine professionale (ReNaTuNS). Il registro, attivo in quasi tutte le regioni italiane, si pone quali obiettivi: la stima dell'incidenza della patologia, la raccolta di informazioni sulla esposizione pregressa ad agenti correlati al rischio, la valutazione della rilevanza della esposizione a fattori di rischio occupazionali, la raccolta di informazioni per studi analitici di epidemiologia

occupazionale, finalità preventive e medico-legali. L'attivazione del registro, che il D.Lgs. 81/08 affida operativamente ai COR del ReNaM, richiede l'identificazione preliminare delle fonti informative primarie attive nella regione e la disponibilità dei dati provenienti da fonti informative secondarie. Sarà fondamentale il coinvolgimento, ai fini delle segnalazioni dei casi, dei servizi di anatomia patologica e degli specialisti otorinolaringoiatri, chirurghi maxillo-facciali e radioterapisti. Il coinvolgimento dei servizi PSAL è finalizzato sia alla rilevazione di casi non segnalati da altre fonti, sia alla definizione dell'esposizione. Il funzionamento del registro sarà supportato dalla disponibilità degli archivi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (finalizzate ad individuare a posteriori i casi incidenti) e dell'archivio dei certificati di morte (ad oggi non organizzato in gran parte della regione). L'espressione del giudizio sulla attribuzione all'esposizione professionale si avvarrà, secondo le procedure in uso a livello nazionale, di interviste supportate da un questionario standardizzato, condotte da operatori formati dei SPSAL.

I dati forniti dal Registro contribuiranno al Report annuale di cui all'obiettivo centrale 7.1 e il Registro, in quanto strumento di ricerca attiva di tumori professionali, contribuirà all'emersione delle MP attraverso la collaborazione tra operatori sanitari di cui all'obiettivo centrale 7.2.

EVIDENZE DI EFFICACIA: n.a.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA': L'implementazione del registro consentirà di mantenere stabili nel tempo i flussi informativi strutturati attraverso la collaborazione dei sanitari coinvolti nella diagnosi e nella cura dei tumori naso-sinusali.

ATTIVITÀ:

1. Formalizzazione della estensione dell'attività del COR alla implementazione del registro dei tumori naso-sinusali mediante Delibera di Giunta Regionale
2. Formalizzazione della adesione della regione al ReNaTuNS presso l'INAIL nazionale
3. Realizzazione di corso di formazione per gli operatori dei servizi PSAL incaricati delle interviste
4. Acquisizione dati dal Registro tumori regionale
5. Report di attività del Registro

Target: operatori del COR Abruzzo, operatori SPSAL, Servizi di Anatomia patologia, UO di ORL, chirurgia maxillo-facciale, radioterapia.

Setting: Ambienti sanitari.

Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Baseline (2013)	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Attivazione ReNaTuNS estendendo il campo di attività del COR Abruzzo del ReNaM	Atto formale (D.G.R.)			Campo di attività COR esteso a ReNaTuNS con D.G.R.		
ReNaTuNS attivo (Indicatore sentinella)	COR			Report Annuale	Report annuale	Report annuale

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Formalizzazione estensione attività COR a ReNaTuNS mediante D.G.R.	X											
2. Formalizzazione adesione regione al ReNaTuNS presso INAIL nazionale	X											

3. Corso di formazione operatori SPSAL incaricati delle interviste			X	X								
4. Acquisizione dati da registro tumori regionale			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5. Report attività ReNaTuNS				X				X				X

AZIONE N. 3: Attivare il Registro dei Tumori a bassa frazione eziologica nella regione, estendendo ad esso il campo di attività del COR Abruzzo del ReNaM ai sensi dell'art. 244 del D.Lgs. n. 81/08.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Attivare il monitoraggio dei casi di neoplasia a più bassa frazione etiologica ai sensi dell'art. 244 del D.Lgs. 81/08, estendendo il campo di attività del COR Abruzzo del ReNaM.

BREVE DESCRIZIONE:

L'art. 244 del D.Lgs. 81/08 prevede l'istituzione presso l'INAIL di un registro nazionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale, con una sezione dedica ai casi di neoplasie a più bassa frazione eziologica. Questi vengono inclusi quando, attraverso elaborazioni ed analisi dei dati relativi alle patologie e alle storie lavorative, emergano cluster possibilmente rilevanti ovvero eccessi di incidenza o di mortalità di possibile significatività epidemiologica in rapporto ai rischi occupazionali. Anche per questo Registro, i sistemi di monitoraggio previsti dall'art. 244 prevedono il coinvolgimento dei COR. L'estensione a tutte le regioni dell'attività del COR finalizzata alla rilevazione dei casi di sospetta neoplasia professionale previsti dall'art.244 è prevista come obiettivo dal PNP 2014-2018. Il sistema di monitoraggio è in via di attivazione; è già stata stipulata a questo scopo una convenzione nazionale tra INAIL ed INPS mirata al recupero delle storie lavorative dei malati di tumore. Sono già delineate le modalità organizzative e i flussi finalizzati alla implementazione. Ai fini dell'avvio sarà necessario formalizzare l'estensione del campo di attività del COR Abruzzo al Registro nazionale con apposita D.G.R.; nell'ambito di un previsto accordo INAIL -Regioni, il COR Abruzzo dovrà acquisire (previa identificazione delle fonti di dati disponibili nella regione) i dati nominativi dei soggetti ammalati di tumore estratti dagli archivi SDO, oltre all'anagrafe nominativa regionale degli assistiti. Dovrà poi fornire tali dati all'INAIL che, una volta incrociati i dati nominativi con gli archivi INPS, restituirà i dati elaborati in termini di mappatura dei rischi per sede di neoplasia e per comparto produttivo. Sarà sempre a cura dell'INAIL la predisposizione dell'elenco dei soggetti con diagnosi di tumore, completo delle informazioni anamnestiche acquisite. Ai fini dell'approfondimento anamnestico attraverso l'intervista individuale (da affidare ai SPSAL), INAIL, regioni e COR condivideranno un questionario standard nazionale. Il COR dovrà trasmettere annualmente alle regioni e all'INAIL l'elenco dei casi di sospetta origine professionale identificati. L'istituto produrrà ogni anno un rapporto di sintesi sui risultati e lo renderà disponibile alle regioni e al Ministero della Salute.

L'avvio concreto del registro nelle regioni sarà subordinata alla realizzazione delle azioni nazionali di standardizzazione e condivisione di strumenti. Dovrà essere comunque portata a compimento la formalizzazione in ambito regionale dell'estensione del campo di attività del COR e l'adesione formale al registro, oltre che l'acquisizione dei dati che costituiscono fonte primaria del registro.

Come per il ReNaTuNS, i dati forniti dal Registro contribuiranno al Report annuale di cui all'obiettivo centrale 7.1 e il Registro, in quanto strumento di ricerca attiva di tumori professionali, contribuirà all'emersione delle MP attraverso la collaborazione tra operatori sanitari di cui all'obiettivo centrale 7.2.

EVIDENZE DI EFFICACIA: n.a.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA': L'attivazione del registro consentirà di contribuire al fenomeno dell'emersione delle neoplasie professionali e di migliorare le conoscenze sulle esposizioni a cancerogeni in ambiente di lavoro e sui comparti a maggior rischio.

ATTIVITÀ:

1. Formalizzazione della estensione dell'attività del COR Abruzzo ai tumori a bassa frazione eziologica mediante documento di programmazione
2. Formalizzazione della adesione della regione al registro dei tumori a bassa frazione eziologica presso l'INAIL, nell'ambito di accordo INAIL - Regioni
3. Acquisizione dati dal registro tumori regionale.

Target: Operatori COR, SPSAL e INAIL.

Setting: Ambienti sanitari.

Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Baseline (2013)	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Formalizzazione estensione campo attività COR Abruzzo al registro tumori a bassa fraz. eziologica professionale				Approvazione		
Accordo INAIL nazionale - Regione di adesione al Registro	Atto formale regionale			Adesione al Registro formalizzata		

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Formalizzazione estensione attività COR Abruzzo ai tumori a bassa fraz. eziologica con D.G.R.		X										
2. Formalizzazione accordo Regione - INAIL nazionale per adesione al Registro dei tumori a bassa fraz. eziologica professionale			X									
3. Acquisizione da parte del COR Abruzzo di archivi SDO e anagrafe regionale assistiti					X							

Obiettivo centrale 9.1-9.2. Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie (con particolare riferimento a morbillo e rosolia), ed identificare tempestivamente i casi ed i rischi infettivi anche mediante sistemi di allerta precoce.

RAZIONALE

Nel 2003 la Conferenza Permanente Stato/Regioni ha approvato il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRc) dell'OMS che fissava come obiettivi finali quelli di raggiungere e mantenere l'eliminazione del morbillo a livello nazionale, interrompendone la trasmissione indigena, ridurre e mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100.000 nati vivi. Ad aprile di quest'anno l'OMS dichiara la regione delle Americhe rosolia-free, prima regione OMS a raggiungere questo obiettivo. Dal 2013 viene istituito uno specifico sistema di sorveglianza integrato morbillo-rosolia che prevede la ricerca sierologica laboratorio per rosolia nei casi di sospetto morbillo risultati negativi ai test di conferma (IgM morbillo-specifiche o PCR) e, viceversa, testare per morbillo i casi di sospetta rosolia risultati negativi. Le azioni indicate dal PNEMoRc 2010-15 e rafforzate nella circolare ministeriale del 20-02-13 rappresentano il riferimento principale da seguire per il raggiungimento dell'obiettivo indicato nel PNP2014-18.

SITUAZIONE ATTUALE

Le attività indicate nel PNEMoRc 2010-15 sono già attività di sistema nella regione. Nel corso degli anni si è avuto un progressivo miglioramento del sistema di sorveglianza del morbillo e rosolia, che ha portato ad un progressivo aumento della percentuale di casi di morbillo con conferma laboratoristica. Le integrazioni proposte dal progetto, inserendosi in un sistema già avviato, hanno lo scopo di superare le criticità evidenziate nel corso degli anni.

EVIDENZE

Dal 2001, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha messo a punto un piano strategico per la riduzione della mortalità da morbillo e per l'interruzione della sua trasmissione nelle aree in cui è prevista l'eliminazione della malattia, come l'Europa. Durante le fasi del piano sono state rilevate numerose criticità risolte successivamente a livello nazionale con l'inserimento del sistema di sorveglianza integrata morbillo/rosolia e il Measles and Rubella Strategic Plan 2012-20 dell'OMS.

SOSTENIBILITA'

Essendo il sistema di allerta precoce per morbillo e rosolia già attivo in regione, la sostenibilità è piena.

SISTEMA DI Sorveglianza

Sistema nazionale per la sorveglianza integrata del morbillo e rosolia, già attivo, monitorato con una verifica mensile della completezza dei dati inseriti nel sistema.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

Evidenze della letteratura scientifica, confermate da esperienze sul campo, mostrano che fasce di popolazione in condizioni di svantaggio socio-economico e in particolari sottogruppi difficili da raggiungere, con basse coperture vaccinali per MPR (tra cui immigrati, comunità nomadi, popolazione carceraria) usufruiscono dei servizi proposti in misura minore rispetto a gruppi di popolazione con bisogni di salute meno consistenti (persone socio-economicamente avvantaggiate). In questo contesto il medico segnalatore avvierà il paziente lungo un percorso diagnostico dedicato per le indagini sierologiche richieste (prestazione gratuita ed extra liste d'attesa).

ATTIVITÀ

1. Verifica del sistema informatizzato delle malattie infettive SIMIWEB
2. Implementazione tra il sistema informatizzato delle malattie infettive SIMIWEB e la piattaforma web della sorveglianza integrata Morbillo e Rosolia
3. Monitoraggio delle notifiche dei casi di morbillo e rosolia congenita con particolare riguardo alle informazioni sui dati di laboratorio.
4. Attività di formazione per gli operatori sanitari dei servizi di igiene e sanità pubblica sulla situazione epidemiologica del morbillo in caso di outbreak, attraverso l'invio di un report settimanale creato ad hoc

TARGET	Operatori sanitari
--------	--------------------

SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	Servizio Prevenzione Collettiva Regionale, ASR, MMG, PLS, operatori sanitari dei DP e ospedalieri (U.O. PS, U.O. Malattie Infettive, U. O. Pediatria, Laboratorio Analisi, DS), Ufficio Scolastico Regionale			

Indicatori

Proporzione di casi di morbillo/rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio, ovvero la % di casi sospetti di morbillo o rosolia testati nei laboratori di riferimento qualificati sul totale dei casi sospetti di morbillo o rosolia. Vanno esclusi dal denominatore i casi sospetti che non abbia analisi di laboratorio e che sia confermato da collegamento epidemiologico, oppure scartato come non caso di morbillo/rosolia a causa di un collegamento epidemiologico ad un caso di altra malattia infettiva confermato in laboratorio, oppure ad un caso di morbillo/rosolia negativo a IgM.

Indicatore di processo	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
% di casi di morbillo/rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	71,3	75	80	>90

CRONOPROGRAMMA

Attività	2015	2016	2017	2018
1			X	
2			X	
3				X
4		X		

ANALISI DEI RISCHI DEL PROGETTO

Integrazione tra i sistemi informativi ASL e SIMIWEB.

Obiettivo centrale 9.3. Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile

RAZIONALE E DESCRIZIONE

A livello nazionale il sistema di sorveglianza routinario delle malattie infettive (regolato dal Decreto del Ministero della Salute del 15/12/90 “Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse”) è un sistema di notifica passivo, universale. Tale sistema prevede che le malattie notificabili siano suddivise in 5 classi secondo la gravità e la loro suscettibilità ad un intervento preventivo. Dopo una iniziale applicazione parziale sul territorio, con il progetto SIMI 2, dal 2009 è in vigore il sistema SIMIWEB, che permette la raccolta attraverso un unico server web, locato c/o il server dell’ISS. Esso ha permesso la semplificazione dei flussi di notifica, superando i limiti materiali e temporali della trasmissione cartacea.

La sorveglianza in sanità pubblica si basa su tre caratteristiche fondamentali:

- a) raccolta sistematica dei dati;
- b) aggregazione e analisi dei dati raccolti;
- c) ritorno e diffusione delle informazioni;

Tutte le Aziende Sanitarie regionali hanno aderito alla piattaforma SIMIWEB pertanto tutte le notifiche che pervengono ai Servizi di Sanità Pubblica vengono direttamente inseriti nel sistema informatico con livelli di accesso differenziati: uno aziendale, con gestione esclusiva dei propri dati, l’altro regionale con accesso ai dati di tutte le 4 ASL. Nel corso degli anni il limite del sistema è stata la mancanza di governance regionale della sorveglianza che non ha consentito un adeguato ritorno delle informazioni aggregate agli operatori coinvolti ed alla collettività.

Il progetto si propone di consolidare questo sistema operativo, ormai avviato, attraverso un rafforzamento della governance regionale con l’elaborazione di report regionali rivolti ai medici ospedalieri-territoriali, laboratorio, MMG, PLS, Associazioni, Società Scientifiche, Farmacie, Università.

EVIDENZE DI EFFICACIA

L’efficacia del SIMIWEB è validata a livello nazionale dall’ISS, responsabile della piattaforma. L’efficacia di una comunicazione scientifica dei dati epidemiologici di una malattia è supportata da numerosi studi.(1)

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA’

Le attività svolte nel sistema di sorveglianza SIMIWEB sono già attività in essere da molti anni. Nel corso degli anni si è avuto un progressivo miglioramento del sistema di sorveglianza in uso. Le attività proposte si inseriscono quindi in un sistema già avviato.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Monitoraggio mensile dei dati inseriti nella piattaforma SIMIWEB rispetto alle segnalazioni pervenute.

OBIETTIVO SPECIFICO:

Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile.

ATTIVITÀ

- Istituzione di un tavolo tecnico permanente inter-istituzionale per la gestione del sistema di sorveglianza delle malattie infettive (comune all’azione 9.1-2, 9.4)
- Inserimento delle notifiche/segnalazioni di malattie infettive
- Individuare i Referenti responsabili del sistema informativo per ciascuna ASL.
- Elaborazione di report regionali rivolti ai medici ospedalieri-territoriali, laboratorio, MMG, PLS, Associazioni, Società Scientifiche, Farmacie, Università.

TARGET	Aziende sanitarie, Ufficio Sanitario Regionale			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA’	Servizio Prevenzione Collettiva Regionale, ASR, OER, MMG, PLS, operatori sanitari dei DP e ospedalieri (U.O. PS, U.O. Malattie Infettive, U. O. Pediatria, Laboratorio Analisi, DS), Associazioni volontariato, Farmacie			
Indicatori di Processo FONTI: Sistema di notifiche (simiweb)	Baseline	2016	2017	2018

Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive.	100%	100%	100%	100%
--	------	------	------	------

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Istituzione di un tavolo tecnico inter-istituzionale	x	x										
Individuare i Referenti responsabili del sistema informativo per ciascuna ASL	x											
Inserimento delle notifiche/ segnalazioni di malattie infettive	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaborazione di report regionali rivolti ai medici ospedalieri-territoriali, laboratorio, MMG, PLS, Associazioni, Società Scientifiche, Farmacie, Università.				x		x		x		x		x

Analisi dei rischi

Ad oggi il personale impegnato nelle attività indicate (gestione SIMIWEB) è stato adeguatamente formato negli anni. Il rischio è rappresentato dal turn-over del personale che potrebbe non assicurare la stessa performance. Criticità superabile con formazione specifica rivolta al nuovo personale.

Obiettivo 9.4: Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (Medici di Famiglia, Medici ospedalieri, laboratoristi)

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

In Abruzzo tra il 2008-2011 sono state effettuate 7566 notifiche per malattie infettive di cui 207 sono notifiche di classe I, 5588 di classe II, 245 di classe III, 90 notifiche di classe IV e 1313 notifiche di classe V. Il 95,6% di queste erano state effettuate per pazienti residenti in regione.

- classe I: 5 casi di tetano e i casi di influenza.
- classe II: 4311 (77%) per le infezioni da varicella, 305 per Salmonella, 91 morbillo e 165 rosolia.
- classe III: 189 infezioni da *Mycobacterium tuberculosis* di cui l'86% dei casi forme polmonari e 29% di cittadini stranieri.
- classe IV: 90 focolai epidemici (4 di dermatofitosi, 18 di tossinfezioni alimentari, 48 di pediculosi e 20 di scabbia).
- classe V: 284 casi di mononucleosi infettiva.

RAZIONALE

Dagli studi effettuati in USA, in EU e in Italia i sistemi tradizionali di notifica risultano lenti nell'acquisizione delle informazioni, molto spesso il ritardo di notifica non consente un'analisi immediata dell'epidemiologia delle malattie infettive, oltretutto spesso le informazioni che arrivano risultano incomplete e molte volte inutilizzabili. Diverse analisi epidemiologiche che derivano dall'acquisizione dei dati di laboratorio hanno dimostrato come molto spesso il sistema di notifica ufficiale sia spesso carente. Nel loro studio, Harkess et al. hanno riportato che il numero di infezioni da *Shigella* segnalati erano 69 rispetto agli 80 casi diagnosticati con esame colturale positivo. Analogamente Stanchert et al. hanno riportato che nella loro analisi le infezioni da *Neisseria meningitidis* diagnosticate da un sistema di sorveglianza attiva basata sul laboratorio erano risultati il doppio dei casi segnalati dagli altri metodi di sorveglianza. L'aumento dell'attenzione pubblica e dei media per le epidemie, specialmente causate dalle sindromi delle infezioni emergenti e riemergenti, delle grandi emergenze per eventi infettivi, hanno individuato l'urgenza della necessità di avere sistemi di sorveglianza e notifica rapidi e completi. Negli Stati Uniti le epidemie sostenute da *Bacillus anthracis* nell'ottobre del 2001, di *Escherichia coli* O157 e Salmonella nel 2006 causati dalla contaminazione degli alimenti sono state altrettante circostanze che hanno spinto le autorità competenti ad implementare sistemi di notifica rapida. I nuovi sistemi, resi più immediati e dinamici dall'informatizzazione, facilitano le segnalazioni, migliorano la possibilità di effettuare le analisi epidemiologiche, sono decisivi per circoscrivere le infezioni fin dalle prime trasmissioni e infine sono determinanti nel prevenire lo sviluppo su larga scala delle epidemie sostenute da agenti infettivi e promuovere risposte rapide delle organizzazioni istituzionali per il management e la pianificazione sanitaria.

Azioni

Incremento della notifica di malattia infettiva (certa e sindromica) degli operatori sanitari (MMG, Medici ospedalieri e Medici laboratoristi) attraverso sistemi innovativi

Il programma verrà sviluppato in quattro fasi principali. Dopo una fase di ricognizione sullo stato dell'arte dei sistemi e sui processi di acquisizione e stoccaggio delle notifiche nelle UOC di Igiene e Sanità Pubblica verranno effettuate le seguenti attività programmatiche:

una campagna di diffusione della notifica mediante percorso formativo in cui verranno implementati eventi formativi per i medici ospedalieri e territoriali (MMG, Medico di Continuità Assistenziale) per far comprendere l'importanza della notifica, sia per le infezioni note in cui si riscontra maggiore sottostima nella nostra Regione, ma anche e soprattutto nell'ottica innovativa di implementare uno strumento per poter monitorare con particolare attenzione le sindromi infettive emergenti e riemergenti (*Chikungunya*, *West Nile Fever*, *Tick-borne encephalitis* ed eventuali altre, incluse le forme epidemiche rare).

- Rendere agile e fruibile il sistema della notifica, che non può essere scoraggiata dalle procedure. Per questo motivo sarà introdotta un'applicazione informatica per smartphone a supporto dei medici della medicina territoriale (MMG, Medico di Continuità Assistenziale) e ospedaliera, per poter effettuare la notifica nel modo più fruibile e immediato possibile.
- Rendere obbligatoria la connessione delle reti informatiche di laboratorio al sistema informatico di notifica, per cui ad ogni identificazione nominativa sierologica o colturale di un agente soggetto a notifica faccia seguito l'immediata ed automatica segnalazione agli uffici epidemiologici competenti
- Stimare la prevalenza nella nostra regione delle malattie infettive sottoposte a notifica tramite analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dai database della Regione Abruzzo, analizzando le ricorrenze delle malattie infettive soggette a notifica nelle diagnosi principali e secondarie ivi riportate.

EVIDENZE

La sorveglianza tradizionale in diversi contesti del territorio Italiano si basa prevalentemente su operazioni manuali, ovvero le attività di notifica cartacea effettuata dai clinici o dai laboratori. In alcuni studi in Italia è stata riportata la sottostima della notifica dell'infezione da varicella e da *Mycobacterium tuberculosis*. Diversi lavori indicano che questo tipo di procedura può essere resa più efficace e per questo sono stati introdotti alcuni sistemi che integrano i sistemi tradizionali con sistemi informatici più dinamici e rapidi. È stato riportato che con la notifica elettronica le segnalazioni per infezioni da *Shighella spp* possono aumentare del 34%, le infezioni da *Salmonella spp* del 31%, le infezioni da Giardia del 25%. Tuttavia i sistemi di segnalazione più efficaci sono risultati dalla sorveglianza attiva basata sui sistemi informatici dei laboratori. Questo metodo ha dimostrato di essere più affidabile e accurato di altri sistemi di segnalazione, può aumentare del 40% il tasso di segnalazione ed è ampiamente impiegato per la sorveglianza attiva dell'infezione da virus influenzale, per le zoonosi e per sindromi infettive (*Chikungunya*, *West Nile Fever*, *Tick-borne encephalitis*).

SOSTENIBILITA'

Le applicazioni e le connessioni informatiche rimarranno in essere anche a fine progetto, la loro gestione sarà affidata al personale dell'UOC di Igiene e Sanità Pubblica che dovrà mantenere le dinamiche di aggiornamento elettronico dei dati, a fronte di un opportuno rafforzamento degli organici. Le analisi che verranno sviluppate a seguito del progetto saranno utilizzate per pianificare procedure d'intervento finalizzate e mirate, che porteranno ad una più razionale utilizzazione delle risorse, anche in ambito di laboratorio. Ad ogni modo, nella fase di avvio, sarà necessario implementare la rete di raccolta, i permessi di connessione per le applicazioni informatiche, che andranno fornite in modo capillare. Sarà pertanto necessario il coinvolgimento di personale ad hoc per il triennio di svolgimento del progetto: in particolare saranno necessarie e indispensabili risorse umane informatiche, amministrative e mediche, peculiari e dedicate, a fianco di un modesto investimento per l'acquisizione della dotazione informatica opportuna.

Sistema di sorveglianza: si tratta di una riforma molto innovativa della base stessa del sistema di sorveglianza attiva per l'aumento delle notifiche, utili per la risposta adeguata alle emergenze sanitarie ed alla programmazione sanitaria di medio e lungo termine

OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi del presente progetto sono:

- Promuovere il miglioramento delle conoscenze su tutte le malattie infettive, in particolare sulle sindromi infettive (*Chikungunya*, *West Nile Fever*, *Tick-borne encephalitis*).
- Migliorare la percezione e l'identificazione delle malattie infettive
- Aumentare i tassi di notifica delle malattie infettive.

ATTIVITÀ specifiche

	Intervento	Mezzi	Networking
1	Svolgimento di indagine sullo stato dell'arte del sistema di notifica	ricognizione e questionari specifici, capitale umano di tipo professionale (amministrativo, informatico, biologico)	Direzioni Sanitarie, UOC di Igiene e Sanità pubblica ASR e Direzione Regionale Abruzzo
2	Eventi formativi ad hoc per aumentare l'attenzione alla notifica delle Malattie Infettive	Personale Medico	Direzioni Sanitarie, UOC di Igiene e Sanità pubblica ASR e Direzione Regionale Abruzzo
3	Stimare le malattie infettive sottoposte a notifica tramite analisi delle diagnosi principali e secondarie estratte dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dai database della Regione Abruzzo	Capitale umano di tipo professionale (amministrativo, informatico, biologico, medico)	Direzioni Sanitarie, UOC di Igiene e Sanità pubblica ASR e Direzione Regionale Abruzzo

TARGET: Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC di Igiene e Sanità Pubblica; UOC Ospedaliera, UOC Laboratorio analisi e Microbiologia; Infettivologi, MMG.

SETTING: Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC di Igiene e Sanità Pubblica, UOC Laboratorio analisi e Microbiologia; UOC Ospedaliere; Infettivologi, MMG.

INTERSETTORIALITÀ Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC di Igiene e Sanità Pubblica; UOC Ospedaliere, UOC Laboratorio analisi e Microbiologia; Infettivologi, MMG.

INDICATORI

1. Numero di notifiche per malattie infettive.

2. Indicatore 9.4.1. Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica (proporzione di malattie infettive notificate rispetto alle diagnosi di malattia infettiva ottenute dall'analisi delle SDO).

	Baseline	Stima 2016	Stima 2017	Stima 2018
1	0	aumento del 10%	aumento del 20%	aumento del 30%
2	50%	60%	70%	75%

CRONOPROGRAMMA

Attività	gennaio - giugno 2016	luglio - dicembre 2016	gennaio - giugno 2017	luglio - dicembre 2017	gennaio - giugno 2018	luglio - dicembre 2018
1						
2						
3						

ANALISI DEI RISCHI

Il principale rischio è quello che, a fronte di una adeguata eventuale disponibilità di risorse, possa determinarsi, invece, una mancanza di volontà politica regionale di implementare un sistema di segnalazione stabile che ponga trasparenza sulla reale epidemiologia delle malattie infettive e sulle conseguenti azioni (audit clinici, applicazioni, campagna informativa).

OBIETTIVO CENTRALE 9.6. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili sia a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti).

Razionale e descrizione

Il PNPV 2012-2014 e il PRPV 2012-2014 prevedevano, tra gli obiettivi, la completa informatizzazione delle anagrafi vaccinali, al fine di potenziare il monitoraggio delle coperture vaccinali. Infatti, come dimostrato dalla evidence based, la diffusione delle anagrafi vaccinali informatizzate, oltre che favorire l'adesione alle vaccinazioni attraverso la chiamata attiva (con dimostrata efficacia dell'intervento sulle coperture vaccinali), consente di tenere sotto controllo le inadempienze e i ritardi, fornendo utili promemoria per questi scopi e agevolando la programmazione degli appuntamenti.

La nostra Regione ha dichiarato, in passato, la necessità di dotarsi di un'anagrafe vaccinale informatizzata e sulla base di questa volontà politico-amministrativa ha cercato di raggiungere l'obiettivo con varie strategie, enunciate anche nei precedenti Piani.

Nel corso del 2014, finalmente, la regione Abruzzo si è dotata di un software per la gestione dell'anagrafe vaccinale, finalizzato a creare uno strumento adeguato e affidabile di monitoraggio continuo delle coperture vaccinali su tutto il territorio regionale.

Dal mese di marzo 2015, gli operatori degli ambulatori vaccinali delle ASL abruzzesi, dopo aver partecipato ad alcuni incontri di formazione e addestramento, hanno la possibilità di utilizzare il programma.

Evidenze

Come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, i programmi di immunizzazione e le attività vaccinali necessitano di una sistematica valutazione in termini di adeguatezza, efficienza ed efficacia, allo scopo di ridefinire periodicamente gli obiettivi e le priorità a livello locale e nazionale. L'adozione di anagrafi vaccinali informatizzate facilita e automatizza numerose attività dei Centri Vaccinali, supportando gli operatori nella registrazione dei dati vaccinali, nella gestione delle scorte di vaccini e del magazzino, nella generazione di inviti e solleciti, nella compilazione di certificati. Numerosi studi internazionali ne dimostrano l'importanza nell'incrementare l'adesione alle vaccinazioni attraverso la più facile gestione dei dati anagrafici e vaccinali, nonché dei ritardi e delle inadempienze, fornendo utili promemoria per questi scopi e agevolando la programmazione degli appuntamenti. L'anagrafe consente inoltre di monitorare in maniera continuativa le coperture vaccinali, fornendo un indicatore fondamentale per la valutazione dell'impatto dei programmi di vaccinazione

- Vaccine-preventable diseases: improving vaccination coverage in children, adolescents and adults. A report on recommendations from the Task Force on Community Preventive Services. MMWR Recomm Rep 1999; 48 (RR-8): 1-15.
- Glazner JE, Beaty BL, Pearson KA, et al. Using an immunization registry: effect on practice costs and time. *Ambul Pediatr* 2004; 4 (1): 34-40.
- Kempe A, Beaty BL, Steiner JF, et al. The regional immunization registry as a public health tool for improving clinical practice and guiding immunization delivery policy. *Am J Public Health* 2004; 94 (6): 967-72.
- Khare M, Piccinino L, Barker LE, et al. Assessment of immunization registry databases as supplemental sources of data to improve ascertainment of vaccination coverage estimates in the national immunization survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160 (8): 838-42.
- Linkins RW, Feikema SM. Immunization registries: the cornerstone of childhood immunization in the 21st century. *Pediatr Ann* 1998; 27 (6): 349-54.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Determinazione 3 marzo 2005. Accordo ai sensi dell'art 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, tra il Ministro della salute e i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, concernente il Nuovo Piano Nazionale Vaccini 2005-2007.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Piano della Prevenzione Vaccinale 2012-2014. Intesa Stato-Regioni del 22 febbraio 2012.
- Alfonsi V, D'Ancona F, Ciofi Degli Atti M, Gruppo Interregionale Malattie Infettive. Indagine sulle anagrafi vaccinali informatizzate.
- "Recommendation for use of immunization information systems to increase vaccination rates". Articolo pubblicato a luglio 2014 sul *Journal of Public Health Management and Practice* nell'ambito della "Community Guide. What works to promote health".

Sostenibilità

Valutato che questo progetto migliora l'efficienza dei servizi e che il rapporto costo/beneficio legato all'informatizzazione è ampiamente documentato in letteratura, i benefici apportati dall'intervento, una volta messo a regime, saranno sicuramente indiscutibili e si manterranno nel tempo. Occorre, comunque, prevedere risorse da parte delle ASL da destinare all'inserimento dei dati.

Contrasto alle diseguaglianze

Per garantire l'universalità e l'efficacia dell'offerta vaccinale, è importante che l'estensione dei programmi sia più ampia possibile e che l'offerta attiva riesca a raggiungere i sottogruppi più vulnerabili che spesso presentano una scarsa compliance all'invito oppure non rientrano nella popolazione target dei programmi (donne immigrate, stranieri, nomadi,..).

Sistemi di sorveglianza, monitoraggio, valutazione

La Regione Abruzzo ha già intrapreso il percorso di informatizzazione delle anagrafi vaccinali. Il completamento di tale percorso, con la messa regime dell'intero sistema, si realizzerà entro il periodo di vigenza del PRP 2014-2018.

OBIETTIVI SPECIFICI

Completamento dell'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale dei Servizi di Igiene Pubblica delle ASL della Regione Abruzzo entro il 2018.

AZIONE: Completamento della gestione informatizzata, graduale e progressiva della popolazione infantile interessata dalle vaccinazioni

Descrizione

I centri vaccinali, grazie ad un'anagrafe informatizzata, potranno riorganizzare e razionalizzare le attività, risparmiando risorse (personale, tempo, vaccini); la qualità del lavoro prodotto sarà migliorata, le rilevazioni saranno precise così come gli indicatori di attività e le coperture vaccinali; si potrà gestire una efficace sorveglianza degli eventi avversi e delle scorte vaccinali, in generale saranno migliorati i presupposti lavorativi del personale.

Inoltre, il supporto informatico faciliterà il raggiungimento delle categorie a rischio e il monitoraggio delle attività esterne ai centri vaccinali svolte dai MMG e PLS.

Infine, i risultati delle attività svolte saranno costantemente disponibili e divulgabili tra gli operatori con un continuo ritorno e scambio delle informazioni.

Attività principale

Informatizzazione graduale e progressiva della popolazione infantile vaccinata, oggetto di rilevazione vaccinale annuale

TARGET	Popolazione residente interessata dalle vaccinazioni			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input checked="" type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	Anagrafi comunali, anagrafe sanitaria aziendale			

Indicatori di processo per copertura informatizzata (Indicatori sentinella)	Baseline	Valore Atteso 2015	Valore Atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore Atteso 2018
Inserimento delle vaccinazioni nuovi nati	Non presente		95%	95%	95%
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2014	Non presente		95%	----	----
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2013	Non presente		95%	----	----
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2009	Non presente	----	95%	----	----
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2004	Non presente	----	95%		
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2010	Non presente	----	----	95%	----
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2005	Non presente	----	----	95%	----
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2006	Non presente	----	----		95%
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2011	Non presente	----	----	----	95%

RISCHI E MANAGEMENT DEI RISCHI	Diffomità applicativa nei vari ambulatori del territorio, superabile con la condivisione del progetto da parte di tutti gli operatori coinvolti. Non perfetta corrispondenza tra l'anagrafe sanitaria, collegata al software in uso, e le anagrafi comunali, che può rendere difficile l'individuazione degli inadempienti; questa criticità è superabile mantenendo il contatto con le anagrafi comunali e inserendo i nominativi mancanti.
---	---

Obiettivo centrale 9.10. Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

L'uso non controllato degli antibiotici sta provocando un aumento della circolazione a livello mondiale di germi con farmaco resistenza. Il problema delle resistenze batteriche è divenuto negli ultimi decenni un problema maggiore sotto il profilo clinico, perché sempre più numerose sono le infezioni respiratorie, sistemiche, e di altri organi ed apparati che non rispondono all'impiego di presidi farmacologici un tempo pressoché invariabilmente efficaci. Le infezioni più temibili in questo contesto sono sostenute dai seguenti microorganismi:

Staphylococcus aureus

Nel 1960 ci furono le prime segnalazioni di ceppi di *S. aureus* meticillino-resistente (Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus, MRSA). Da allora gli MRSA risultano una delle più importanti cause di infezioni correlate all'assistenza a livello mondiale [1, 2]. La resistenza alla meticillina è dovuta alla produzione di una nuova penicillin binding protein, la PBP2a, codificata dal gene *mecA*, che determina resistenza anche ad altri betalattamici inclusi le cefalosporine e i carbapenemici [2, 3]. Inoltre gli MRSA sono spesso resistenti anche ad altre classi di antibiotici quali gli aminoglicosidi, i macrolidi, i chinoloni, il cotrimossazolo e la rifampicina. I dati Europei EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System) dimostrano che la prevalenza di MRSA in Regno Unito e nei paesi del sud Europa è maggiore rispetto a tutti gli altri paesi del continente [4]. Per questo motivo alcuni centri Europei ritengono costoso ed efficace l'introduzione di screening per MRSA all'ammissione in ospedale; lo screening dei pazienti affetti o portatori di MRSA può infatti permetterne un isolamento finalizzato a contenerne in tempi brevi la capacità di diffusione [5]. In seguito all'incremento delle infezioni causate in tutto il mondo da ceppi MRSA multi resistenti, negli ultimi 20 anni i glicopeptidi sono stati impiegati come antibiotici di prima scelta nel trattamento delle infezioni sostenute da MRSA. Proprio per questo negli ultimi anni specie batteriche MRSA hanno selezionato resistenza intermedia (VISA, hVISA) o completa ai glicopeptidi (vancomicina e teicoplanina, VRSA) [6].

Enterococcus spp.

I batteri appartenenti al genere *Enterococcus* sono classificati come Streptococchi di gruppo D secondo Lancefield. *E. faecalis* causa il 90% delle infezioni umane da enterococco mentre la restante parte è sostenuta prevalentemente da *E. faecium* [7, 8]. L'emergenza di infezioni umane da *E. faecalis* e *E. faecium* è stata riportata sempre più frequentemente, in parallelo all'aumento della circolazione di ceppi resistenti ai glicopeptidi e aminoglicosidi, ceppi che hanno reso le infezioni da enterococco difficili da trattare fin dalle prime manifestazioni [9]. Gli enterococchi hanno selezionato resistenza di diverso grado alle cefalosporine, alle penicilline e agli aminoglicosidi; i meccanismi molecolari di resistenza sono rappresentati in questa specie da trasferimento di plasmidi, trasferimento di elementi trasponibili e selezione di mutazioni puntiformi. Con il diffondersi di *Enterococcus* resistente agli aminoglicosidi il controllo delle infezioni in ospedali di vari paesi europei rimane difficoltoso e costituisce un problema di igiene pubblica [9]. La selezione di VRE (Vancomycin Resistant Enterococcus) è stata documentata per la prima volta nel 1986 in UK e USA. I VRE spesso sono specie multi resistenti e non sono sensibili a ampicillina, glicopeptidi e aminoglicosidi. Per questo motivo per il trattamento di infezioni da VRE è necessario l'impiego di antibiotici di introduzione recente: quinupristin/dalfopristin, linezolid, tigeciclina, daptomicina (37). L'acquisizione della resistenza alla vancomicina appare in aumento in Germania, Irlanda, Grecia ed in USA. Per questo motivo tali paesi stanno sistematicamente adottando strategie di screening per i pazienti ad alto rischio, e tali strategie sono sempre più supportate e dettate da leggi e disposizioni di carattere sovra nazione e nazionale [4].

Streptococcus pneumoniae

S. pneumoniae è causa di sinusiti, otiti medie e di polmoniti comunitarie. I casi con batteriemia da *S. pneumoniae* sono circa il 20% di quelli con polmonite, più comunemente nei bambini. *S. pneumoniae* è la causa più frequente di meningite infettiva tra i bambini ed è inoltre isolato da diverse infezioni: peritonite, cellulite orbitale, osteomielite, epiglottidite ed endocarditi tra le altre [10, 11]. Alcune popolazioni sono ad aumentato rischio di colonizzazione ed infezione da ceppi di *S. pneumoniae* resistenti o multi resistenti ed il rischio aumenta se i pazienti hanno effettuato terapie antibiotiche precedenti, hanno età avanzata, presentano co-morbilità, immunodeficit. Sono inoltre più frequenti come causa di infezioni nosocomiali [10, 12]. Storicamente i clinici hanno prescritto penicilline per il trattamento empirico di *S. pneumoniae*, curandosi poco della potenziale suscettibilità del batterio al farmaco nei pazienti ambulatoriali. Alti livelli di resistenza

alle penicilline (MIC>2.00 mg/mL) sono stati riportati negli ultimi dieci anni in Europa per *S. pneumoniae* [13]. Diversi paesi del nord Europa presentano bassi livelli di resistenza alla penicillina rispetto ai paesi del sud. Ridotta suscettibilità alle penicilline è stata riportata in Svezia, Slovenia, Spagna, Francia, UK e Italia mentre alti livelli di resistenza sono stati riportati negli USA, in cui il 50% delle infezioni sono sostenute da *S. pneumoniae* con ridotta suscettibilità alle penicilline [4]. Il management dell'infezione causata da ceppi resistenti di *S. pneumoniae* rimane poco definito. La strategia di trattamento dovrebbe essere basata sui risultati di suscettibilità provenienti dagli studi in vitro, case reports e case series.

Sotto il profilo strategico, le strutture sanitarie dovrebbero applicare misure per prevenire l'aumento dei costi del trattamento delle infezioni. Queste misure dovrebbero essere specifiche per ogni istituto territoriale, tenendo presente l'entità della circolazione di ceppi resistenti nel territorio, la scelta delle molecole più attive e allo stesso tempo meno tossiche [14, 15].

Batteri Gram negativi

Diversi isolati di *Pseudomonas aeruginosa* presentano resistenze estese a diverse classi di antibiotici e in taluni casi le uniche terapie efficaci potrebbero essere la colistina e la polimixina B mentre ai nostri giorni non è stato ancora prodotto alcun farmaco selezionato per trattare la multi resistenza di *Pseudomonas aeruginosa* [16].

La selezione di resistenza ai gram negativi è dovuta alla produzione di lattamasi attive con le penicilline, cefalosporine, monobattami, carbapenemi [17]; all'alterazione di enzimi coinvolti nel metabolismo degli acidi nucleici (DNA girasi, topo isomerasi) che producono resistenza ai fluorochinoloni [18]; all'alterazione della permeabilità delle membrane batteriche per gli antibiotici [19]; alle modificazioni delle subunità ribosomiali 50S e 30S [20]; alla produzione di enzimi che alterano la struttura degli antibiotici (aminoglicosidi, macrolidi e cloramfenicolo) [21]. L'incidenza delle infezioni da ceppi Gram negativi produttori di ESBL è in aumento nel territorio europeo, in particolare sono in aumento le infezioni dovute a ceppi portatori di CTXM, mentre quelle da ceppo TEM(IRT) risultano sottostimate poichè non riscontrabili mediante procedure di laboratorio.

Inoltre, ceppi produttori di carbapenemasi di classe B sono in aumento, in particolare nel Sud Europa *Acinetobacter baumannii*, *P. aeruginosa* ed *Enterobacter*. Gli enzimi di classe A, in particolare KPC, emergono nelle infezioni resistenti di *Klebsiella* spp e *E. coli* in USA e nel bacino del Mediterraneo [4].

Le Enterobacteriaceae sono microorganismi ubiquitari, fanno parte ordinaria della popolazione microbica residente del tratto gastrointestinale, possono essere trasmessi per via esogena o endogena e colonizzare l'uomo a livello cutaneo, respiratorio e gastrointestinale o comportarsi come patogeni opportunisti nei soggetti a rischio. Sono frequentemente responsabili di infezioni comunitarie e di infezioni correlate all'assistenza come batteriemie, polmoniti, meningiti, peritoniti, cistiti, pielonefriti, infezioni device-correlate [22-24].

La diffusione di enterobatteri resistenti ai carbapenemi (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae - CRE), in particolare se produttori di carbapenemasi (Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae - CPE), rappresenta un serio problema di Sanità Pubblica poichè rende particolarmente problematici il trattamento clinico e la gestione assistenziale dei pazienti coinvolti a causa del loro grado di resistenza, talora estesa a tutti gli antibiotici.

I CRE sono infatti correlati a tassi di mortalità elevati che, nelle batteriemie-sepsi, raggiungono il 70%; sono causa di cluster epidemici (perchè altamente diffusivi: espansione clonale); sono causa di diffusione di elementi genetici mobili che trasmettono resistenza antibiotici tra i batteri all'interno della stessa specie o tra specie diverse; sono causa di maggiori costi sanitari, legati sia alla aumentata durata di degenza che alla necessità di utilizzare antibiotici multipli e costosi.

Gli enzimi carbapenemasi che sono la causa di resistenza ai carbapenemici ad oggi sono divisi in tre principali classi: carbapenemasi classe A (SME, IMI, NMC, GES, KPC), carbapenemasi classe B (metallo enzimi o MBL: IMP, VIM, NDM) e carbapenemasi classe D (OXA 48). Le KPC sono carbapenemasi che di frequente si riscontrano nelle infezioni sostenute da Enterobacteriaceae MDR in Italia ed in Grecia; enzimi MBL si riscontrano meno frequentemente in Europa mentre gli enzimi OXA 48 sono prodotti dalle CRE isolate nelle infezioni riscontrate negli ospedali di Francia, Germania, Spagna, Belgio ed Irlanda [25].

Le prime CRE isolate in Italia producevano esclusivamente il gene VIM ma tali isolati non ebbero una diffusione in larga scala e rimasero diagnosticati in casi sporadici. Dal 2008 vennero riscontrate le prime CRE che esprimevano enzimi KPC; tra queste Enterobacteriaceae la *Klebsiella* produttrice di KPC è riscontrata diffusamente in Italia. Il tasso di incidenza era 1-2% nel periodo 2006-2009, ma nel 2010 diversi sistemi di sorveglianza hanno registrato tassi del 15%. L'epidemiologia delle CRE a livello globale appare ad oggi molto variegata, con differenze significative tra paesi; in alcuni casi si sono verificate epidemie di larga scala che hanno coinvolto numerosi ospedali di una stessa regione, in altri contesti la presenza di questi microorganismi è divenuta endemica mentre vi sono paesi in cui il fenomeno è emergente. Ad oggi, l'Italia e la Grecia sono i paesi d'Europa con maggiori tassi di prevalenza delle CRE [26].

La trasmissione di CRE tra paziente e paziente è stata documentata nei ricoveri ospedalieri. La via di trasmissione molto spesso è rappresentata dalle mani degli operatori sanitari, e da dispositivi non adeguatamente riprocessati, come attraverso l'utilizzo degli endoscopi contaminati. La condizione di portatore di CRE oltre che nelle ICU è molto prevalente nei centri di lungo degenza e nelle strutture per anziani. In queste strutture, i tassi di colonizzazione possono raggiungere anche il 30%, rappresentando veri e propri *reservoir* [30].

RAZIONALE E DESCRIZIONE

Negli ultimi anni, si è assistito a una crescente diffusione di infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici. I microrganismi MDROs (Multi-Drug Resistant Organisms) sono resistenti a una o più classi di agenti antimicrobici. La multiresistenza ha da tempo assunto dimensioni preoccupanti specie a fronte della sempre più limitata disponibilità di nuovi principi attivi, che riduce la possibilità di trattamento, specie nei casi di infezioni gravi. Le cause principali della selezione della resistenza sono da attribuire all'uso non controllato degli antimicrobici ed all'inadeguata applicazione delle misure di controllo. L'impiego non ragionato della terapia empirica e la scelta non corretta della molecola contribuiscono "all'emergenza" di ulteriori resistenze batteriche. Le istituzioni scientifiche hanno emanato raccomandazioni sulla necessità di attuare programmi di sorveglianza di laboratorio e di assistenza per la corretta prevenzione dei Microrganismi CRE e MDRO. Nel 2015 la Presidenza degli USA ha emanato una serie di raccomandazioni per la lotta ai batteri resistenti tra cui si raccomandava di rafforzare le applicazioni di sorveglianza nei settori della salute pubblica e di sviluppare e promuovere l'uso delle più innovative tecnologie di diagnostica rapida. Al livello Nazionale molte programmazioni Regionali hanno istituito dei sistemi di sorveglianza informatizzati e centralizzati per studiare la reale diffusione degli MDRO e CRE; il Ministero della Salute ha promosso con circolare C.M. 4968 del 26/02/2013 la segnalazione dei pazienti con batteriemia causata da *Klebsiella pneumoniae* e/o *Escherichia coli* non sensibili ai carbapenemi ad un sistema centralizzato nazionale. Tuttavia in molte aree del territorio italiano, inclusa la Regione Abruzzo, i programmi di prevenzione MDRO sono ancora insufficienti o disugualmente diffusi e in molti contesti questa carenza è legata a direzioni sanitarie poco sensibili, mancanza di strumenti strutturali: software per database e statistica, assenza di specifici organi con delega al controllo di tale problema, possibilmente con personale dedicato a tempo pieno, assenza di sistemi di sorveglianza stabili.

Nelle infezioni da Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemici non instaurare prontamente una terapia antibiotica mirata può aumentare le possibilità di fallimento terapeutico e la generazione di resistenze antibiotiche. Per questo motivo, nei pazienti con sepsi grave e con shock settico occorre instaurare una terapia antibiotica potenzialmente efficace sugli MDRO più probabilmente implicati fino all'identificazione dell'agente causale e alla definizione del suo antibiogramma. Poiché i risultati delle colture microbiologiche hanno un tempo di refertazione >48h, il trattamento che si programma all'esordio del quadro di sepsi viene rivalutato dopo giorni e questo rappresenta uno dei limiti più importanti della diagnosi microbiologica delle sepsi, per il quale il monitoraggio della circolazione dei ceppi MDRO diviene essenziale. Per converso, l'identificazione rapida e accurata delle specie batteriche delle sepsi potrebbe aumentare la possibilità di esiti clinici favorevoli. In questo contesto strumenti che permettano di conoscere in modo costantemente aggiornato la circolazione degli MDRO e, parallelamente, di ridurre i tempi di identificazione e di rilevazione di ceppi resistenti nel singolo paziente, entro le prime ore dall'insorgenza dei sintomi, potrebbero innalzare di molto la possibilità di adottare strategie terapie costantemente appropriate. Per promuovere terapie sempre più appropriate e tempestive è necessario conoscere l'epidemiologia delle resistenze batteriche nel territorio e utilizzare metodi di diagnosi innovativi per identificare rapidamente le sepsi sostenute da MDRO.

Le più innovative metodologie diagnostiche microbiologiche per tale ultimo scopo sono elencate nella tabella 1.

Tabella 1. Principali metodi molecolari introdotti in commercio negli ultimi anni.

Tecniche diagnostiche		n. di patogeni	sensibilità	specificità	
a) utilizzando le emocolture positive					
PNA-FISH,	Ibridizzazione	10	94–99	99–100	[33, 34]
ACCU-PROBE	Sonde chemiluminescenti	5	80.8–100	98.7–100	[35]
HYPLEX	Multiplex PCR e ibridizzazione	10 + mec A	96–100	92.5–100	[33, 36]
PLEX-ID BAC	PCR e spettrometria di massa	>300	95	98.8	[37-39]

StaphPlex	Multiplex PCR e microarray	1	100	95.5–100	[40]
Staph SR	Multiplex PCR	1 + mecA	50–100	86.8–98.4	[41, 42]
MALDI-TOF	Spettrometria di massa	100	76–80	96–100	[43, 44]
Prove-it sepsis	Multiplex PCR e microarray	50 + mec A			
Verigene	microarray	Gram-positivi e negativi, geni di resistenza	92–96	n.d.	[45]
Filmarray	PCR	Gram-positivi e negativi, geni di resistenza	91	n.d.	[46]
b) utilizzando direttamente sangue intero					
Xpert MRSA/SA	Real-time PCR	2	75–100	98.4–99.4	[47, 48]
SeptiFast	Multiplex real time PCR	25 + mecA	60–95	74–99	[49]
MagicPlex	Multiplex real time PCR	>29	65	92	[50]
VYOO	Multiplex PCR	34 + mec A, vanA/B/C, SHV, CTX-M	30–51	n.d.	[46]
SepsiTest	PCR e sequencing	>300	61–88.5	83.5–85.8	[51, 52]

Azione

Monitoraggio della circolazione di microrganismi MDRO nella Regione Abruzzo: individuazione di un circuito stabile di controllo.

Per questo motivo si propone di istituire un programma di sorveglianza diviso nelle tre seguenti fasi:

Fase I: ricognizione - viene effettuata un'indagine sullo stato dell'arte della raccolta dei dati circa gli MDRO nelle singole ASL e la possibilità di estrazione dei dati dai software gestionali di laboratorio degli esami di identificazione batterica e biochimici dell'antibiogramma.

Fase II: avvio del programma di centralizzazione e analisi del flusso informativo proveniente dai laboratori in un database centralizzato online. In questa fase verranno trimestralmente analizzate le frequenze con cui vengono diagnosticati i singoli microrganismi ALERT. A seguito di tali analisi verranno eseguiti report in output per la divulgazione dei dati stessi a tutti i potenziali utenti, non solo cioè alle autorità di sorveglianza epidemiologica, ma a tutti i potenziali gestori della terapia antibiotica capillarmente, eventualmente includendo rappresentati dei MMG e dei PLS.

Fase III: il laboratorio di riferimento regionale sperimenta con metodi rapidi innovativi l'identificazione rapida degli MDRO ed in particolare delle infezioni sostenute da CRE dai materiali biologici di pazienti ad alto rischio, incluse le emocolture. Nella fase finale del programma sarà pertanto verificabile la praticabilità di tale approccio anche capillarmente nei principali laboratori microbiologici dell'intera Regione Abruzzo.

EVIDENZE

Negli ultimi anni, due importanti risorse derivano dai laboratori di Microbiologia: la prima deriva dall'organizzazione in rete dei laboratori di Microbiologia e corrisponde con la costituzione di database centralizzati per analizzare la frequenza di isolamento di microrganismi MDRO come già implementato su scala Europa e Regionale in Italia: ECDC (European Center of Control Disease [26], European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) [53]. Regione Liguria (D.G.R. n. 1545 del 17/12/2010); Regione Lombardia n. D.G.R. n. /1127 del 14/02/2014; Regione Emilia Romagna DGR n. 186 del 2005 del 7/02/2015; Regione Campania (D.G.R. 1715 del 28/09/2007); Friuli Venezia Giulia (D.R.G. n. 2670 del 30/12/2014). I sistemi di sorveglianza, specie quelli che raccolgono dati a partire dai microrganismi isolati da i campioni clinici sono strumenti indispensabili per monitorare l'andamento della farmaco resistenza e per la rilevazione di nuovi organismi infettivi o di nuovi ceppi resistenti [26].

Il secondo strumento proviene dall'innovazione tecnologica che sta interessando i laboratori di Microbiologia in questi anni grazie all'introduzione delle più innovative tecnologie che hanno potenziato ulteriormente i metodi di identificazione dei microrganismi e che stanno evolvendo rapidamente nel senso di una possibile pratica capillarizzazione. A tal proposito i programmi di screening effettuati sui tamponi di sorveglianza dei

pazienti all'ingresso e la diagnostica precoce delle sepsi sono finalizzati alla riduzione dei tassi di colonizzazione/infezione delle infezioni da MDRO ed in particolare da CRE.

L'introduzione dei metodi rapidi in "add on" alla diagnostica classica Microbiologica delle sepsi e dello shock settico ha diminuito i tempi di diagnosi e i costi dei pazienti ad alta intensività di cura. I test rapidi hanno un tempo di refertazione molto più basso rispetto ai test colturali classici e anche se non ci sono abbastanza studi scientifici robusti che dimostrano che siano decisivi per una più rapida rivalutazione della terapia empirica sono oggetto di notevoli studi condotti direttamente in pratica clinica specie nei reparti di Ematologia, Neonatologia, Pediatria, Chirurgie, Medicina Interna e Terapie intensive. Molte di queste analisi si focalizzano sulla comparazione tra i metodi emergenti e metodi classici e i loro risultati mostrano che i saggi molecolari hanno una sensibilità maggiore specie per le infezioni fungine. Se molti lavori hanno analizzato la relazione tra test molecolare e emocoltura pochi studi hanno avuto come oggetto l'impatto clinico o terapeutico dovuto alla diagnosi rapida precoce. Stoneking et al. (2011) hanno riportato che nel 21.3% dei casi la terapia empirica non ha coperto l'agente eziologico e che, in queste circostanze, la diagnostica rapida potrebbe risultare dirimente. Tuttavia non ci sono evidenze scientifiche che valutino con certezza che i test rapidi siano utili per la de-escalation o per la rivalutazione a favore di terapie *tailored*. Lodes et al. (2012) hanno dimostrato per la prima volta che le analisi di Multiplex PCR possono risultare determinanti per la rivalutazione della terapia antibiotica e per guidare correttamente il trattamento. Questo studio è stato condotto prospetticamente durante un periodo di 20 mesi in un reparto di terapia intensiva. Gli autori hanno dimostrato che nel 42,3% dei casi il test molecolare rapido è stato seguito da una modifica della terapia antibiotica più immediata risultando un utile strumento aggiuntivo per le scelte del clinico.

SOSTENIBILITA'

Fase 1 e 2. Il database on-line ed i flussi informatici verranno implementati con il programma e alla fine di questo rimarranno in essere e funzionanti. La sua gestione sarà affidata al personale dei laboratori che dovrà mantenere in essere e mantenere le dinamiche di aggiornamento elettronico dei dati. Le analisi che verranno sviluppate sul database centralizzato fornirebbero informazioni molto importanti sulla farmaco resistenza degli antibiotici e saranno utilizzate per pianificare procedure d'intervento finalizzate e mirate, protocolli e successivi progetti con lo scopo di monitorare e eventualmente ridurre la resistenza degli antibiotici nella regione.

Ad ogni modo, nella fase di avvio, nella quale sarà necessario implementare la rete di raccolta, i permessi di ciascuna azienda e direzione sanitaria, il software analizzatore, ogni sorta di networking che sia opportuno alla raccolta capillare e costante, sarà necessario invece il coinvolgimento di personale ad hoc per il triennio di svolgimento del programma: in particolare saranno necessarie e indispensabili risorse umane biologiche, informatiche ed amministrative peculiari e dedicate, a fianco di un modesto investimento per l'acquisizione della dotazione informatica opportuna.

Fase 3. La diagnostica di sorveglianza molecolare e la diagnosi precoce si integreranno nei protocolli di sorveglianza microbiologica già in essere e contribuiranno in maniera significativa a ridurre le spese di ricovero e di gestione della terapia antibiotica. La tecnologia molecolare è più costosa della diagnostica microbiologica classica, tuttavia, i benefici economici potrebbero essere notevolmente elevati. L'alta proporzione dei costi in terapia intensiva è soprattutto dovuta alla lunghezza del ricovero e al consumo dei trattamenti.

Nella fase avanzata del programma, dopo l'iniziale riduzione del TAT dei referti microbiologici sarà apprezzabile la possibilità di intervenire appropriatamente sulle terapie, e dovrebbe nel terzo anno di operatività essere possibile misurare la diminuzione della lunghezza media dei ricoveri e dei trattamenti non necessari. In uno studio condotto prospetticamente da Alvarez et al. (2012) in cui sono stati arruolati pazienti in terapia intensiva con sepsi severa e shock settico è stata effettuata un'analisi dei costi dell'introduzione con strategia "add on" della multiplex PCR per la diagnosi della sepsi. I risultati sono interessanti per poter ritenere già da ora che a fine triennio le economie di esercizio potranno superare di gran lunga i costi strutturali per il mantenimento in essere del sistema di diagnosi e monitoraggio implementato con i fondi del programma.

Tabella 2

	Emocoltura media SD	Emocoltura + multiplex PCR	p
durata ricovero ICU	31.0 ± 19.4	22.9 ± 29.9	<0.05
durata ospedalizzazione	21.3 ± 23.4	18.3 ± 21.4	<0.05
durata ricovero ICU di pz con esito favorevole	24.1 ± 21.9	18.3 ± 11.4	<0.05
n. di antibiotici usati per pz	5.1 ± 3.1	4.2 ± 2.2	<0.05

costo terapia antibiotica per paziente	3.576 €	2.812 €	<0.05
costo ricovero ICU	32.798 €	24.246 €	<0.05
costo ricovero	5.824 €	4.988 €	<0.05
costo totale	42.198 €	32.228 €	<0.05

Sistema di sorveglianza: Sorveglianza per monitoraggio per mezzo di raccolta dei dati e sorveglianza attiva con metodiche di laboratorio di ultima generazione per l'identificazione rapida dei colonizzati/infetti da CRE.

Contrasto alle diseguaglianze: il programma si propone di rimuovere, almeno in larga misura, le disuguaglianze strutturali esistenti al momento tra i degenti e/o comunque gli assistiti in regioni con adeguata implementazione di sistemi informatici locali di monitoraggio microbiologico e la regione Abruzzo, nella quale, ad oggi, i dati microbiologici sono disponibili con fatica per la sola consultazione cartacea di referti non aggregati relativi agli isolati microbiologici localmente ottenuti, senza nessuna possibilità, né sperimentale, né strutturale, di una analisi aggregata periodica e di una strutturata produzione di informazioni di ritorno. L'attuale azione non prevede disuguaglianze di genere censo e livello culturale.

Obiettivi specifici :

- Monitorare l'andamento della prevalenza di germi MDRO per area funzionale omogenea ed intero distretto regionale, informatizzando la raccolta e l'analisi degli isolati e degli antibiogrammi dai laboratori ospedalieri delle ASL di Pescara, Chieti-Lanciano-Vasto, Teramo e L'Aquila in un unico database online Regionale
- Sorveglianza della colonizzazione/infezione e diagnosi precoce delle sepsi da enterobatteri multiresistenti con metodiche rapide di ultima generazione

Attività

	Intervento	Mezzi	networking
1	Svolgimento di indagine conoscitiva sui metodi di informatizzazione attuali dei test di identificazione e degli antibiogrammi	ricognizione e questionari specifici, capitale umano di tipo professionale (amministrativo, informatico, biologico)	componenti dei CIO, GOE e laboratori
2	Dotazione ove possibile di sistemi di interfacciamento per il trasferimento dati provenienti dai laboratori	capitale umano di tipo professionale (amministrativo, informatico, biologico)	Direzioni Sanitarie oltre a quanti sopra; direzioni strategiche
3	Progettazione di un database unico regionale	Software, capitale professionale	Come sopra + ASR e Direzione Regione Abruzzo
4	Individuazione del personale incaricato per la supervisione del flusso dei dati	incontri formativi ad hoc	componenti CIO e dei laboratori
5	Stima della circolazione degli MDRO per ottenere un <i>benchmarking</i> regionale	raccolta su database unico regionale	Come sopra, direzioni strategiche ed ASR
6	Sorveglianza attiva di laboratorio per le infezioni sostenute da CRE con metodi rapidi	esami diagnostici molecolare in "add on" su tamponi di sorveglianza per i pazienti per cui è previsto lo screening classico	Direzioni Laboratorio, Direzioni Strategiche, ASR
7	Diagnosi precoce delle sepsi con metodi rapidi	Esami diagnostici da effettuare su sangue per i pazienti ad alto rischio di infezione da CRE	Laboratorio microbiologico di riferimento regionale

Target: Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, Laboratorio di Microbiologia di Riferimento regionale; UOC Ospedaliere; Infettivologi, ematologi, intensivisti ed altri esperti di antibioticoterapia; CIO delle ASL Regione Abruzzo, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività.

Setting: Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali per le fasi decisionali di avvio; Laboratorio di Microbiologia di Riferimento regionale; UOC Ospedaliere; Infettivologi, ematologi, intensivisti ed altri esperti di antibiotico terapia per la fase di raccolta e disseminazione delle informazioni; CIO delle ASL Regione Abruzzo, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività per la fruizione allargata dei dati microbiologici.

Intersettorialità: come sopra (Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali per le fasi decisionali di avvio; Laboratorio di Microbiologia di Riferimento regionale; UOC Ospedaliere; Infettivologi, ematologi, intensivisti ed altri esperti di antibiotico terapia per la fase di raccolta e disseminazione delle informazioni; CIO delle ASL Regione Abruzzo, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività per la fruizione allargata dei dati microbiologici).

Indicatori:

1. Indicatore 9.10.1: Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE
2. Numero di Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemici (insieme ad altri germi ALERT) identificate e monitorate centralmente ogni mese dal software regionale di accorpamento dati negli anni di esercizio, in particolare per monitorare la fase di implementazione del sistema di raccolta informatica;
3. Numero di infezioni da MDRO diagnosticate con sistemi rapidi di diagnostica avanzata presso il laboratorio centrale di valutazione di fattibilità.

Indicatore	Valore baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
1	0	25%	50%	100%
2	0	150	200	250
3	10	50	60	70

CRONOPROGRAMMA

attività	gennaio - giugno 2016	luglio - dicembre 2016	gennaio - giugno 2017	luglio - dicembre 2017	gennaio - giugno 2018	luglio - dicembre 2018
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

ANALISI DEI RISCHI

Il principale rischio del presente programma è quello che, a fronte di una adeguata eventuale disponibilità di risorse, possa determinarsi, invece, una mancanza di volontà politica regionale di implementare un sistema di sorveglianza del MDRO omogeneo e stabile che ponga trasparenza sulla realtà delle circolazioni di tali germi nosocomiali (talora negata più che sottostimata) e sulle conseguenti azioni di sorveglianza (audit clinici, applicazioni di procedure per il controllo della trasmissione locale, rilevazione e correzione delle criticità, eliminazione delle barriere strutturali, etc.).

Nello specifico, la volontà politica di supporto agli operatori del programma dovrà manifestarsi sequenzialmente:

1. Nel sostegno alla definizione del tavolo inter-istituzionale per la identificazione delle criticità e la fotografia dello stato dell'arte nella disponibilità dei dati;
2. Nel sostegno alla identificazione di un programma chiaro e certo per la istituzione entro il 2016 di un sistema di raccolta ed analisi centrale dei dati;
3. Nel sostegno al programma di allargamento del sistema di raccolta dati anche alle Strutture territoriali non ospedaliere, molte in convenzione;

4. Nel sostegno alla deliberazione in ciascuna ASL delle procedure/protocolli mancanti per l'implementazione del sistema di raccolta e disseminazione di ritorno dei dati a tutti i potenziali utenti, istituzionali e professionali;
5. Nel sostegno alla identificazione della gestione e della domiciliazione di un singolo database regionale degli MDRO che permetta un flusso informativo di ritorno a supporto dei segnalatori.

Referenze

- [1] Archer GL. Staphylococcus aureus: a well-armed pathogen. *Clin Infect Dis* 1998;26:1179-81.
- [2] Chambers HF. Methicillin resistance in staphylococci: molecular and biochemical basis and clinical implications. *Clin Microbiol Rev* 1997;10:781-91.
- [3] Hartman BJ, Tomasz A. Low-affinity penicillin-binding protein associated with beta-lactam resistance in Staphylococcus aureus. *J Bacteriol* 1984;158:513-6.
- [4] Gould IM. The epidemiology of antibiotic resistance. *Int J Antimicrob Agents* 2008;32 Suppl 1:S2-9.
- [5] Gould IM. Control of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in the UK. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2005;24:789-93.
- [6] Noble WC, Virani Z, Cree RG. Co-transfer of vancomycin and other resistance genes from Enterococcus faecalis NCTC 12201 to Staphylococcus aureus. *FEMS Microbiol Lett* 1992;72:195-8.
- [7] Leclercq R. Epidemiological and resistance issues in multidrug-resistant staphylococci and enterococci. *Clin Microbiol Infect* 2009;15:224-31.
- [8] Leendertse M, Willems RJ, Giebelen IA, et al. TLR2-dependent MyD88 signaling contributes to early host defense in murine Enterococcus faecium peritonitis. *J Immunol* 2008;180:4865-74.
- [9] Arias CA, Murray BE. Emergence and management of drug-resistant enterococcal infections. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2008;6:637-55.
- [10] Bogaert D, De Groot R, Hermans PW. Streptococcus pneumoniae colonisation: the key to pneumococcal disease. *Lancet Infect Dis* 2004;4:144-54.
- [11] Obaro S, Adegbola R. The pneumococcus: carriage, disease and conjugate vaccines. *J Med Microbiol* 2002;51:98-104.
- [12] Fry AM, Facklam RR, Whitney CG, et al. Multistate evaluation of invasive pneumococcal diseases in adults with human immunodeficiency virus infection: serotype and antimicrobial resistance patterns in the United States. *J Infect Dis* 2003;188:643-52.
- [13] File TM, Jr., Tan JS, Boex JR. The clinical relevance of penicillin-resistant Streptococcus pneumoniae: a new perspective. *Clin Infect Dis* 2006;42:798-800.
- [14] Kuti JL, Shore E, Palter M, et al. Tackling empirical antibiotic therapy for ventilator-associated pneumonia in your ICU: guidance for implementing the guidelines. *Semin Respir Crit Care Med* 2009;30:102-15.
- [15] Ansari F, Gray K, Nathwani D, et al. Outcomes of an intervention to improve hospital antibiotic prescribing: interrupted time series with segmented regression analysis. *J Antimicrob Chemother* 2003;52:842-8.
- [16] Michalopoulos A, Falagas ME. Colistin and polymyxin B in critical care. *Crit Care Clin* 2008;24:377-91, x.
- [17] Acar JF, Minozzi C. Role of beta-lactamases in the resistance of gram-negative bacilli to beta-lactam antibiotics. *Rev Infect Dis* 1986;8 Suppl 5:S482-6.
- [18] Martinez-Martinez L, Eliecer Cano M, Manuel Rodriguez-Martinez J, et al. Plasmid-mediated quinolone resistance. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2008;6:685-711.
- [19] Nikaido H. Bacterial resistance to antibiotics as a function of outer membrane permeability. *J Antimicrob Chemother* 1988;22 Suppl A:17-22.
- [20] Leclerc D, Brakier-Gingras L. Study of the function of Escherichia coli ribosomal RNA through site-directed mutagenesis. *Biochem Cell Biol* 1990;68:169-79.
- [21] Burk DL, Hon WC, Leung AK, et al. Structural analyses of nucleotide binding to an aminoglycoside phosphotransferase. *Biochemistry* 2001;40:8756-64.
- [22] Viale P, Tumietto F, Giannella M, et al. Impact of a hospital-wide multifaceted programme for reducing carbapenem-resistant Enterobacteriaceae infections in a large teaching hospital in northern Italy. *Clin Microbiol Infect* 2015;21:242-7.
- [23] Tumbarello M, Trecarichi EM, Tumietto F, et al. Predictive models for identification of hospitalized patients harboring KPC-producing Klebsiella pneumoniae. *Antimicrob Agents Chemother* 2014;58:3514-20.
- [24] Giannella M, Morelli MC, Cristini F, et al. Carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae colonization at liver transplantation: a management challenge. *Liver Transpl* 2014;20:631-3.
- [25] Martinez-Martinez L, Gonzalez-Lopez JJ. Carbapenemases in Enterobacteriaceae: types and molecular epidemiology. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2014;32 Suppl 4:4-9.

- [26] Glasner C, Albiger B, Buist G, et al. Carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in Europe: a survey among national experts from 39 countries, February 2013. *Euro Surveill* 2013;18.
- [27] Ben-David D, Kordevani R, Keller N, et al. Outcome of carbapenem resistant *Klebsiella pneumoniae* bloodstream infections. *Clin Microbiol Infect* 2012;18:54-60.
- [28] Swaminathan M, Sharma S, Poliansky Blash S, et al. Prevalence and risk factors for acquisition of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae in the setting of endemicity. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013;34:809-17.

Obiettivo centrale 9.11. Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale.

Contesto epidemiologico

La spesa per gli antibiotici rappresenta circa un terzo del *budget* farmaceutico nazionale. Tra il 25% ed il 50% dei pazienti ospedalizzati ricevono antibiotici e i dati per la sorveglianza del loro consumo hanno indicato che l'inappropriatezza delle prescrizioni può superare il 54%.

Un'analisi prospettica di nove mesi condotta nell'ospedale universitario di Basilea, con 700 posti letto, ha evidenziato che terapie antibiotiche empiriche incongrue sono state prescritte nel 22.4% dei casi, mentre l'entità di prescrizioni antibiotiche incongrue dopo caratterizzazione batterica raggiungeva il 27.4%. Altri dati di letteratura indicano che le prescrizioni antibiotiche inappropriate possono raggiungere il 91%. In uno studio più recente effettuato in un ospedale di 650 posti letto a Cleveland, nell'Ohio, il 30% della prescrizione giornaliera di farmaci antibiotici è risultato non essere necessario.

In una recente *survey* sono stati inclusi 1.075 pazienti di 11 ospedali Olandesi. Il 17% di questi pazienti ha ricevuto una terapia antibiotica incongrua e tra i centri partecipanti vi è stata una notevole variazione di improprietà d'uso. La sistematica prescrizione di terapie inappropriate è una delle cause principali della selezione di infezioni sostenute da ceppi resistenti e dell'aumento dei costi della spesa pubblica. Un'indagine condotta in 4 ospedali negli anni recenti ha dimostrato una inappropriatezza prescrittiva negli ambiti di geriatria e medicina ed un alto tasso, difficilmente quantificabile, di sovraprescrizione antibiotica nella Regione Abruzzo (Polilli et al, R2663 27 April 2013. Antibiotic usage, ECCMID 2013, Berlin, Germany). Anche in ambito territoriale si assiste ad una sovraprescrizione di antibiotici, specie per le affezioni delle vie genito-urinarie e le prime vie aeree. Un'analisi condotta sui dati italiani tra il 2001 ed il 2002 ha evidenziato che la prescrizione antibiotica territoriale è stata maggiore nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Nord Italia e che l'Abruzzo è risultata tra le Regioni in cui sono stati registrati maggiori consumi di terapia antibiotica e minore spesa *over-the-counter*, al terzo posto dopo Sicilia e Campania. Il consumo di antibiotici differisce significativamente tra i paesi dell'UE; il consumo maggiore in DDD(*defined daily doses*) /1000 abitanti è stato registrato in Francia mentre il consumo più basso è stato registrato nei Paesi Bassi. Queste stesse analisi hanno evidenziato in generale un consumo maggiore nei paesi del Sud Europa.

Nell'area abruzzese, peraltro, dati sul consumo di antibiotici e sull'appropriatezza prescrittiva sono attualmente del tutto carenti: manca un'analisi sistematica delle prescrizioni antibiotiche sia territoriali che ospedaliere che possa permettere un costante paragone tra le varie aree regionali e le macroaree e regioni limitrofe, e che possa parimenti rappresentare il primo e principale strumento per l'efficacia di qualsiasi progetto si intenda porre in essere per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici. È stato dimostrato infatti che programmi messi in atto in numerosi centri clinici ed aree territoriali hanno ridotto l'uso degli antibiotici con un consistente risparmio annuo. Per questo è sempre più spesso consigliato dalla comunità internazionale programmare progetti finalizzati alla *survey* delle infezioni, progetti di formazione e comunicazione per la gestione corretta dell'uso delle terapie antibiotiche e, di conseguenza, progetti che permettano di monitorare l'andamento della prescrizione antibiotica.

Razionale

La combinazione di un efficace controllo della prescrizione antimicrobica con un completo programma di controllo delle infezioni nosocomiali è stato ben dimostrato negli anni recenti limitare l'emergenza e la trasmissione di batteri resistenti. Un obiettivo secondario ottenuto negli studi che hanno implementato tali programmi di intervento è stato spesso la riduzione dei costi di assistenza.

Oltre ai programmi di sorveglianza e di *stewardship* è stato dimostrato che la sola consultazione dei professionisti in Malattie Infettive sulle infezioni e sulla terapia antimicrobica migliora l'appropriatezza della prescrizione e l'*outcome* clinico dei pazienti. Schmitt et al (2013) hanno documentato che la consultazione di professionisti di malattie infettive durante il ricovero è stata associata al miglioramento degli esiti clinici, alla diminuzione della mortalità e dei costi associati rispetto al gruppo di pazienti per cui il consulto infettivologico non era mai stato richiesto. Analogamente Hemandi et al. (2014) hanno esaminato l'efficacia della consulenza infettivologica per i pazienti sottoposti a trapianto di organo solido ricoverati per una causa infettiva. In questo studio l'analisi di sopravvivenza ha dimostrato che la mortalità è stata riscontrata più alta nel gruppo in cui non vi era stato un consulto infettivologico con la durata media di sopravvivenza significativamente più alta nel gruppo di pazienti per cui era stata richiesta la consulenza.

Per questi motivi L'American Academy of Pediatrics, l'American Society of Health-System Pharmacists, l'Infectious Diseases Society for Obstetrics and Gynecology, la Pediatric Infectious Diseases Society, la Society for Hospital Medicine e la Society of Infectious Diseases Pharmacists promuovono linee guida che

favoriscono lo sviluppo di efficaci programmi di gestione per le strutture di assistenza per promuovere un più razionale uso della terapia antimicrobica. Tali programmi si basano su monitoraggio costante e stretto dell'andamento delle prescrizioni. Infine, molti Stati americani hanno di recente decretato l'obbligatorietà dell'adozione di tali programmi e molti degli ospedali di grossa taglia statunitensi hanno implementato servizi in tal senso.

Azioni

Monitoraggio della prescrizione antibiotica ospedaliera e territoriale nella Regione Abruzzo: individuazione di un circuito stabile di controllo.

Il programma verrà sviluppato con l'introduzione di un sistema di raccolta centralizzato al livello regionale per l'analisi dei dati provenienti dai file della prescrizione Ospedaliera e Territoriale. In particolare sarà monitorata la prescrizione antibiotica nelle strutture sanitarie della Regione Abruzzo sia per quanto riguarda gli antibiotici sottoposti all'obbligo di richiesta nominativa motivata (Tenacid, Merrem, Tazocin, Targosid, Vancomicina, Zyvoxid, Cubicin, Invanz, Tygacil), che per quanto attiene agli altri antibiotici, laddove vi sia un sistema di controllo computerizzato locale in essere. Sarà inoltre introdotto un processo di autorizzazione interistituzionale per poter procedere all'analisi sistematica dei file relativi alla prescrizione antibiotica territoriale, siano essi i file F laddove disponibili, siano essi i dati del MEF derivanti dalla diretta analisi dello scarico delle ricette rimborsabili. In questo modo si punterà ad ottenere un report trimestrale su tutti i farmaci antibiotici prescritti in ambito regionale, sia territoriale che ospedaliero, per avere una misura esatta dei volumi prescrittivi generali e nei vari distretti regionali. Ciò renderà possibile, una volta sistematizzato il percorso di accesso ai dati informatici, valutare con frequenza almeno annuale l'evoluzione degli opportuni indicatori di prescrizione.

Evidenze

E' ormai consolidato che il monitoraggio della prescrizione degli antibiotici e l'introduzione dei programmi di stewardship infettivologica limitano l'emergenza delle resistenze antibiotiche, migliorano l'efficacia delle cure e degli esiti clinici, riducono i costi associati all'assistenza e alla cura dei pazienti. L'implementazione di programmi di monitoraggio della prescrizione antibiotica effettuata al livello Nazionale e Sovranazionale introdotti dagli anni 90 hanno conseguito un miglioramento della coscienza prescrittiva, la diminuzione del consumo di antibiotici grazie alla diminuzione della prescrizione di farmaci non appropriati e la diminuzione della circolazione dei microorganismi sentinella multiresistenti. In Svezia, uno tra i paesi che ha controllato di più le prescrizioni in Europa, il consumo degli antibiotici era aumentato costantemente tra 1980 e 1990. All'inizio degli anni 90 la caratterizzazione di diversi cloni multiresistenti di *S. pneumoniae* isolati tra i bambini, in particolare nei nido, e tra i giovani adulti, nei centri di Skåne nel sud della Svezia, aveva richiamato l'attenzione della comunità sanitaria. Le autorità sanitarie chiesero un intervento per arrestare il diffondersi di questi cloni e per questo motivo nel 1994 fu introdotto un programma per l'uso razionale degli agenti antimicrobici, per favorire la sorveglianza, la prescrizione appropriata e lo sviluppo di nuove conoscenze. In Svezia a seguito dell'implementazione di tale programma tra il 1995 ed il 2004 il consumo di antibiotici per pazienti ambulatoriali è sceso da 15.7 al 12.6 DDD per 1000 abitanti/anno. Tale riduzione è stata più evidente tra i bambini di età compresa tra i 5-14 anni (52%) e per il consumo di macrolidi (65%). Ad oggi la Svezia controlla dettagliatamente il processo, informatizzando tutti i dati di prescrizione antibiotica in un database centralizzato nazionale e documentando, in questo modo, la storia terapeutica dettagliata dei pazienti. Viene così controllata efficacemente, nello stesso tempo, l'appropriatezza, con i costi e le resistenze farmacologiche. Va sottolineato, infatti, che mentre in Svezia negli anni 2006-2009 si è registrata una lieve diminuzione del consumo di antibiotici, in Italia nello stesso arco di tempo si è registrato un consistente aumento.

Programmi di intervento finalizzati al miglioramento degli esiti clinici e all'appropriatezza della terapia antibiotica sono stati effettuati analogamente in molti ospedali dell'area Europea. In un'analisi retrospettiva pubblicata nel 2015 e condotta nel periodo 2003 – 2011 in un ospedale di grandi dimensioni di Londra Marufu et al. (2014) hanno dimostrato che la diminuzione della prescrizione di cefalosporine e dei chinoloni ottenuta con i programmi di controllo era associata al crollo dell'incidenza delle infezioni da *Clostridium difficile* ed ai costi ad esse associati. Essenziale per il monitoraggio di tali programmi un controllo misurabile in modo costante dei flussi di prescrizione antibiotica.

Sostenibilità

Il sistema di circuito implementato per il monitoraggio sopra descritto resterà un programma stabile nel tempo, i costi derivati dall'introduzione dei sistemi di monitoraggio risulteranno irrilevanti rispetto al risparmio che si può ottenere con la diminuzione dei costi della prescrizione antibiotica inappropriata e delle sue nominate conseguenze, sia in ambito territoriale che ospedaliero. Tale presupposto di sostenibilità è stato più volte documentato nella letteratura medica recente di settore.

Obiettivi specifici :

- 1 Accorpate in un unico database regionale tutti i dati relativi alla prescrizione sul territorio di tutti gli antibiotici erogati a seguito di ricetta rimborsabile
- 2 Accorpate in un unico database tutti i dati provenienti da informatizzazione della prescrizione antibiotica in ambito ospedaliero, per qualsiasi via ottenuta (acquisto, prescrizione, stoccaggio, distribuzione, scarico diretto, altri) allo stato attuale presso tutte le farmacie ospedaliere e di RSA della Regione Abruzzo
- 3 Incrementare il processo di tracciabilità informatica delle prescrizioni antibiotiche per i farmaci sottoposti a monitoraggio in ambito ospedaliero, laddove questa non esista allo stato attuale

Attività	Intervento	Mezzi	Networking
1	Svolgimento di indagine conoscitiva sui metodi di informatizzazione attuali delle prescrizioni ospedaliere e territoriali	ricognizione e questionari specifici, capitale umano di tipo professionale (amministrativo, informatico, farmaceutico)	
2	Raccolta dati informatici e non informatici dove necessario	capitale umano di tipo professionale (amministrativo, informatico, farmaceutico)	Regione Abruzzo, ASR Abruzzo, UOC Farmacie Ospedaliere Aziendali, Malattie Infettive, ONLUS
3	Progettazione di un database unico regionale	capitale umano di tipo professionale (amministrativo, informatico, farmaceutico)	
4	individuazione del personale incaricato per la supervisione del flusso dei dati	incontri formativi ad hoc	
5	Analisi e reportistica periodica dell'accorpamento dei dati	capitale umano di tipo professionale	
		raccolta su database unico regionale	

Target: Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC Farmacie Ospedaliere Aziendali; UOC Ospedaliere; Infettivologi, ematologi, intensivisti ed altri esperti di antibioticoteraia; CIO delle ASL Regione Abruzzo, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività.

Setting: Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali per le fasi decisionali di avvio; UOC Farmacie Ospedaliere Aziendali; UOC Ospedaliere; Infettivologi, ematologi, intensivisti ed altri esperti di antibioticoteraia; CIO delle ASL Regione Abruzzo, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività.

Intersetorialità: come sopra (Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali per le fasi decisionali di avvio; UOC Farmacie Ospedaliere Aziendali; UOC Ospedaliere; Infettivologi, ematologi, intensivisti ed altri esperti di antibioticoteraia; CIO delle ASL Regione Abruzzo, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività). Multipli interlocutori istituzionali saranno necessari per favorire l'intergiditazione degli organismi fonte ed utenza dei dati microbiologici.

Lotta alle disuguaglianze: rispetto al problema dell'accesso ai dati in forma accorpabile ed analizzabile non si ravvisano possibili discrepanze e disuguaglianze di genere, censo e cultura. Una implementazione parziale renderebbe ridotto l'accesso a efficaci programmi di stewardship le aree senza dati locali sull'uso degli antibiotici, e questo comporterebbe ovviamente delle disuguaglianze su base territoriale.

Indicatore 9.11.1. Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie (Report annuale regionale che documenti l'uso degli antibiotici), da produrre entro l'anno 2018.

CRONOPROGRAMMA

attività	gennaio - giugno 2016	luglio - dicembre 2016	gennaio - giugno 2017	luglio - dicembre 2017	gennaio - giugno 2018	Luglio - dicembre 2018

1						
2						
3						
4						
5						

ANALISI DEI RISCHI

Il principale rischio del presente programma è quello che, a fronte di una adeguata eventuale disponibilità di risorse, possa determinarsi, invece, una mancanza di volontà politica regionale di sostenere l'implementazione di un sistema di monitoraggio della prescrizione antibiotica e sulle conseguenti azioni di sorveglianza (audit clinici, rilevazione e correzione delle criticità, eliminazione delle barriere strutturali, etc.).

Obiettivo centrale 9.13: Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E DESCRIZIONE

Ogni anno si stima che circa 4,1 milioni di pazienti, residenti nell'Unione Europea, contraggono Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (I.C.A.) e che ciò si traduca in circa 37.000 decessi/anno determinando, secondo il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (ECDC), oltre che un elevato costo in termini di vite umane, anche un importante incremento dei costi sanitari, di oltre sei miliardi di euro l'anno.

Gli evoluti ambienti di cura (ospedali, lungodegenze, residenze assistite e ricoveri per anziani) rappresentano oggi ambiti in cui la circolazione di germi, con frequente e complessa resistenza agli antibiotici in uso, è sempre più preoccupante e diffusa.

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sostenute da microrganismi patogeni multifarmacoresistenti rappresentano, infatti, un fenomeno in continua evoluzione su scala globale e il numero di pazienti suscettibili a tali infezioni, sempre più difficili da trattare, si accresce costantemente con l'età media della popolazione e con l'incremento del numero delle malattie concomitanti, con la migliore sopravvivenza di pazienti con gravi patologie neoplastiche, ematologiche e con deficienze immuni di altra origine.

Le infezioni più frequentemente riscontrate sono quelle che interessano il sito chirurgico, il tratto urinario, respiratorio, gastrointestinale e l'apparato circolatorio (Report 2012 Hai-Net).

Ciò costituisce una vera e propria emergenza sanitaria che, come tale, così come ribadito di recente anche dal Presidente degli Stati Uniti d'America, e dal primo Ministro britannico, necessita, a tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria locale, nazionale e sovranazionale, di un'azione incisiva e congiunta per attivare in maniera uniforme Sistemi stabili di segnalazione e sorveglianza epidemiologica dei microrganismi sentinella in grado di identificare, tempestivamente, i microrganismi patogeni, multiresistenti e non, responsabili di colonizzazioni/infezioni e di consentire l'immediata adozione delle specifiche Misure di controllo.

In Italia non è stato ancora attivato un sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale sulle ICA ma sono stati condotti numerosi studi multicentrici di prevalenza delle infezioni ospedaliere, da cui è emerso che, in media, il 5-8% dei pazienti ospedalizzati contrae un'infezione durante il ricovero e che ogni anno si verificano circa 450-700 mila infezioni tra i pazienti ricoverati.

Negli ultimi anni alcune regioni italiane hanno implementato autonomamente sistemi di segnalazione e sorveglianza delle ICA attraverso i quali hanno raccolto importanti dati epidemiologici relativi ai microrganismi sentinella multifarmacoresistenti circolanti nelle loro realtà, sanitarie e socio-sanitarie e, sulla base di questi, hanno elaborato nuove strategie diagnostiche, terapeutiche, procedurali e comportamentali.

Nella Regione Abruzzo tali sistemi di sorveglianza sono stati implementati autonomamente, in maniera non coordinata e non uniforme, solo in alcune realtà locali. Con questo programma si propone di istituire organismi istituzionali per il monitoraggio e la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA/CIO, GOE) nelle ASL della Regione Abruzzo in cui se ne registra la carenza; di creare un database Regionale; di avviare l'elaborazione di report in output e la raccolta sistematica dei dati sulle ICA a livello Regionale; di implementare protocolli e procedure regionali per poter affrontare in maniera più efficace ed omogenea la lotta alle infezioni correlate all'assistenza.

Evidenze

E' scientificamente dimostrato che l'implementazione di efficaci programmi per la sorveglianza e il controllo delle ICA sono in grado di ridurre fino al 35% il tasso di nuove infezioni nosocomiali.

L'introduzione di metodi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere, a livello nazionale e sovranazionale, ha consentito di effettuare una rilevazione sistematica dei dati epidemiologici sui microrganismi patogeni circolanti all'interno delle strutture sanitarie e di individuare punti critici nell'assistenza erogata. È stato documentato che gli studi di prevalenza e di incidenza (strumenti alla base dei sistemi di sorveglianza) sulle ICA, condotti in diversi territori d'Europa e dell'Italia, sono risultati determinanti per implementare le strategie consequenziali che hanno favorito la diminuzione delle infezioni.

Interventi regionali di controllo e sorveglianza delle ICA, unitamente alla stesura di linee guida e protocolli operativi regionali, elaborati sulla base del contesto epidemiologico locale, hanno permesso di adottare nuove e più mirate strategie diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali che ne hanno favorito la riduzione dell'incidenza.

Sostenibilità

Diversi studi di caso-controllo hanno dimostrato che i costi di degenza sono di gran lunga superiori per i pazienti a cui è stata riscontrata una infezione correlata all'assistenza.

Pertanto i costi di attivazione e gestione dei sistemi di sorveglianza epidemiologica delle ICA risultano irrilevanti rispetto ai benefici economici che da questi ne possono scaturire, in termini di risparmio della spesa pubblica sanitaria sui tempi di degenza, sul numero di esami diagnostici e di laboratorio, sulla tipologia di trattamenti terapeutici ed assistenziali, sull'uso di antibiotici.

Azione

Implementazione di un sistema coordinato, integrato e capillare per la sorveglianza e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (I.C.A.) nelle Strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, della Regione Abruzzo.

Obiettivi specifici

- Stimare in Regione Abruzzo l'incidenza delle I.C.A. nelle Strutture sanitarie di residenza, sia ospedaliere che territoriali (Lungodegenze ed RSA);
- Implementare un sistema regionale di sorveglianza epidemiologica delle ICA per individuare e classificare, a livello locale (in ogni ASL, RSA, Lungodegenza) e regionale, i microrganismi sentinella, multifarmacoresistenti e non, circolanti e responsabili di gravi infezioni;
- Individuare, sulla base del quadro epidemiologico emergente, nuove strategie diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali per la tutela della salute pubblica.

Strumenti/attività per il raggiungimento degli obiettivi

- Istituzione di Gruppi Operativi Epidemiologici (G.O.E.) multidisciplinari, ospedalieri e territoriali (incluse Lungodegenze ed RSA), la dove non esistenti, per la sorveglianza attiva continua, il controllo e la corretta gestione operativa di casi di colonizzazione/infezione da germi alert e per la definizione/revisione di Protocolli/Procedure assistenziali di best practice, con i quali definire, attraverso uno specifico coordinamento Regionale e la tessitura di rapporti interistituzionali capillari, un progetto definitivo per la creazione di un sistema regionale di sorveglianza delle I.C.A.;
- Creazione di un coordinamento regionale stabile dei G.O.E., possibilmente in relazione all'Ufficio Epidemiologico Regionale;
- Definizione di un Protocollo regionale per la segnalazione e la sorveglianza epidemiologica continua delle ICA nelle ASL abruzzesi e centralmente;
- Creazione di un Database Regionale sulle ICA per favorire un flusso informativo stabile e strutturato di ritorno dei dati epidemiologici raccolti sulle colonizzazioni/infezioni da germi alert e sulle variazioni dei tassi di incidenza indotti, eventualmente, dall'implementazione del programma nelle ASL abruzzesi.

Target

Destinato alla Regione Abruzzo, alle Direzioni Sanitarie aziendali delle ASL Regione Abruzzo, Medicina del Territorio, ai CIO delle ASL Regione Abruzzo, Pazienti ricoverati, Operatori sanitari, SSR, collettività.

Setting

Rivolto a tutte le ASL della Regione Abruzzo.

Intersettorialità

ASL Regione Abruzzo.

Indicatore 9.13.1. Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende Sanitarie.

Indicatori specifici:	Valore baseline	Valore previsto
N° di CIO presenti e operativi nella Regione Abruzzo	3	4
% di CIO che produce report annuali sulle ICA	0%	100%
N° di GOE presenti nella Regione Abruzzo	1	4

Sistema di sorveglianza: Sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione.

Contrasto alle diseguaglianze: Vista la proporzione di infezioni nosocomiali negli ultimi anni ed il crescente ricorso al ricovero ospedaliero e territoriale per pazienti con alta comorbilità, la mancata implementazione di

un sistema coordinato e capillare di monitoraggio ed intervento per le ICA in tutti i nosocomi e su tutto il territorio della Regione Abruzzo, individuerebbe un contesto francamente aperto a gravi ed evitabili disuguaglianze per i cittadini di tutte le classi rispetto al fattore di rischio specifico rappresentato dalla esposizione a patogeni nosocomiali, rispetto ai cittadini delle regioni con analoghe istituzioni in essere. L'attuale azione non prevede disuguaglianze di genere, censo, e livello culturale.

Analisi dei rischi

il principale rischio del presente programma è quello che, a fronte di una adeguata eventuale disponibilità di risorse, possa determinarsi, invece, una mancanza di volontà politica regionale di implementare un sistema di sorveglianza omogeneo e stabile che ponga trasparenza sulla realtà delle infezioni nosocomiali (talora negate più che sottostimate) e sulle conseguenti azioni di sorveglianza (audit clinici, applicazioni di procedure per il controllo della trasmissione locale, rilevazione e correzione delle criticità, eliminazione delle barriere strutturali, etc.).

Nello specifico, la volontà politica di supporto agli operatori del programma dovrà manifestarsi sequenzialmente:

1. Nel sostegno alla definizione del tavolo inter-istituzionale per la identificazione delle criticità e la fotografia dello stato dell'arte;
2. Nel sostegno alla identificazione di un programma chiaro e certo per la istituzione entro il 2016 di GOE e CIO in tutti i nosocomi;
3. Nel sostegno al programma di copertura da GOE e CIO nelle Strutture territoriali non ospedaliere;
4. Nel sostegno alla deliberazione in ciascuna ASL delle procedure/protocolli mancanti;
5. Nel sostegno alla identificazione delle gestione e della domiciliazione di un singolo database regionale delle ICA che permetta un flusso informativo di ritorno a supporto dei segnalatori.

Cronoprogramma:

2015: valutazione dello stato dell'arte ed elaborazione interistituzionale dei bisogni;

2016: implementazione CIO, GOE, Protocolli e Procedure Regionali necessarie per la realizzazione degli obiettivi indicati;

2017: creazione del database Regionale ed avvio di elaborazione dei report in output;

2018: primo anno di raccolta sistematica dei dati delle ICA a livello Regionale.

Programma 2. A Scuola di ... Salute

Il programma comprende i seguenti obiettivi centrali:

- 1.3. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica e alcol) nella popolazione giovanile e adulta
- 3.1. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta
- 3.2. Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale
- 4.1. Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui
- 7.6. Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo di competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori
- 8.11. Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare
- 8.12. Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV

Razionale e quadro epidemiologico

L'esperienza scolastica può contribuire in modo sostanziale e insostituibile alla salute degli studenti e al loro benessere. Tale assunto è stato al centro di numerose iniziative da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dell'UNICEF, dell'UNESCO, dei Centers for Disease Control and Prevention degli Stati Uniti (CDCs), della International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Un ampio spettro di strategie sono state codificate negli ultimi venticinque anni - tra cui la più nota è la Health Promoting School. Tutte hanno in comune il concetto che le scuole sono efficaci quali ambienti per promuovere la salute nella misura in cui esse sono "in salute" come organizzazioni di per sé, cioè se risulta orientato alla salute e al benessere ogni aspetto della vita scolastica, dalle politiche scolastiche, all'ambiente fisico e sociale, dai metodi e programmi di insegnamento-apprendimento alle relazioni con la comunità e il territorio dove la scuola è inserita, fino alla creazione di collaborazioni costruttive con i Servizi Sanitari e Sociali. Questo è il concetto comprensivo (globale) di Scuola Promotrice di salute (Health Promoting School – HPS) nella cui ottica è necessario fare di più che offrire programmi di educazione sanitaria slegati dal resto dell'esperienza scolastica e della crescita psico-sociale. [WHO 1997, IUHPE 2011]

Tra gli obiettivi della HPS e le evidenze sugli ambiti di efficacia: Salute mentale, Attività Fisica, Alimentazione, Prevenzione dei comportamenti d'abuso, Promozione del benessere scolastico, Integrazione Scuola-comunità, Disuguaglianze sociali [IUHPE 2010].

Si tratta di aree d'azione ampiamente giustificate dalle statistiche e dai dati epidemiologici riferibili alle diverse fasce di età (scuola dell'infanzia, scuola primaria, scuola secondaria di primo e secondo grado), in parte, resi disponibili dall'attività di sorveglianza del "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" del CCM - Ministero della Salute e, in parte, rilevabili dai dati di letteratura scientifica.

Nel 2014, la popolazione residente in Abruzzo della fascia di età scolastica e prescolastica ammontava, in numero assoluto, a 34.768 bambini di età 3-5 anni, 68.961 bambini di 6-11 anni, 96.228 adolescenti e giovani adulti di 12-19 anni, tra i quali la proporzione di residenti stranieri è risultata pari, rispettivamente, al 9.7 %, 7.9 % e 6.7 %. Evidentemente il carico di disuguaglianze di salute, legate al fenomeno dell'immigrazione, sta andando crescendo nel tempo, come dimostra il cambiamento nella struttura demografica della popolazione abruzzese corrispondente ai successivi livelli di istruzione.

STILE DI VITA E SALUTE IN ETÀ PRE-SCOLARE. Non ci sono dati regionali riferibili allo stato di salute dei bambini in età prescolare abruzzese, ma un recente studio condotto nel setting ambulatoriale pediatrico su oltre 25,000 bambini delle Regioni Friuli Venezia Giulia, Toscana e Puglia illustra un quadro preoccupante sull'emergenza precoce di fattori di rischio già prima dei sei anni di vita rispetto allo stato ponderale e alle abitudini alimentari e motorie. In particolare:

- si evidenzia uno stato di sovrappeso rispetto agli standard internazionali di riferimento già a partire dagli 8-9 mesi per tutto il resto delle fasce di età;
- solo l'8% dei bambini di 3 anni (36 mesi) e il 10% dei bambini tra i 5 e i 6 anni (60 – 72 mesi) consumano le cinque porzioni di frutta e verdura quotidiane raccomandate, mentre nelle stesse fasce di età, rispettivamente il 47% e il 51% consumano bevande zuccherate;

- tra i 5 e i 6 anni di età meno del 10% dei bambini svolgono minimo un'ora di attività fisica almeno moderata per 5-7 giorni alla settimana e il 32% guardano la TV o giocano ai videogiochi per più di due ore al giorno, tutti i giorni [Carletti et al, 2013].

STILE DI VITA E SALUTE IN ETÀ SCOLARE. Lo stato di salute dei bambini in età scolare è oggetto di sorveglianza epidemiologica attraverso l'indagine "OKkio alla Salute", e nella rilevazione relativa all'anno 2014 è emerso che, in Abruzzo:

- riguardo allo *stato ponderale*, complessivamente il 38.6% dei bambini misurati nell'indagine (età rappresentata 8-9 anni) presenta un eccesso ponderale che comprende sia obesità che sovrappeso e tale prevalenza si colloca al di sopra della media nazionale anche se in leggero calo rispetto alla rilevazione precedente del 2012 (40.4%); l'eccesso ponderale risulta, poi, associato statisticamente con il livello socio economico dei genitori (in senso inverso) e con lo stato ponderale di questi (in senso diretto);
- riguardo alle *abitudini alimentari*, il 32.0% dei bambini non fa una prima colazione qualitativamente adeguata e il 6.9% non la fa affatto, il 33.4% mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana, il 60.4% mangia verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana, il 35.8% una o più volte al giorno bevande zuccherate; le abitudini errate rispetto alla prima colazione, al consumo di verdura e di bevande zuccherate, risultano associate in senso inverso al titolo di studio della madre;
- riguardo all'*attività fisica*, si stima che un bambino su quattro risulta fisicamente 'inattivo', maggiormente le femmine rispetto ai maschi e poco più di un bambino su dieci ha un livello di attività pari a quello raccomandato per la sua età e meno di uno su cinque si reca a scuola a piedi o in bicicletta;
- riguardo alle *attività sedentarie*, circa un terzo dei bambini è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi dalle 3 alle 4 ore e il 7% addirittura per almeno 5 ore;
- riguardo al livello di *consapevolezza delle famiglie*, l'indagine rileva una percezione distorta poiché è molto diffusa nelle madri (una su tre) di bambini con sovrappeso/obesità una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio che non coincide con la misura rilevata, oltre al fatto che i genitori dei bambini sovrappeso/obesi non valutano correttamente in molti casi la quantità di cibo assunta dai propri figli; allo stesso modo un genitore su tre valuta in modo distorto l'adeguatezza dell'attività fisica svolta dal proprio figlio [Okkio alla Salute – Report Regione Abruzzo 2014].

STILE DI VITA E SALUTE IN ETÀ ADOLESCENZIALE. Lo stato di salute dei ragazzi in età adolescenziale può essere descritto dal punto di vista epidemiologico sulla base dei dati dell'indagine "Health Behaviours in School Children – HBSC" relativa all'anno 2010, dalla quale è emerso che, in Abruzzo:

- riguardo al *benessere percepito* circa un quinto dei ragazzi e circa un quarto delle ragazze manifesta un livello di soddisfazione 'bassa' per la propria vita (proporzione più alta nelle ragazze quindicenni, nelle quali è pari a quasi un terzo); circa un quinto dei ragazzi e un terzo delle ragazze dichiarano di soffrire di due o più sintomi di cattiva salute (tra mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, sentirsi giù di morale, irritabili o di cattivo umore, nervoso) più di una volta alla settimana; il 45% dei ragazzi e il 65% delle ragazze dichiarano che hanno assunto farmaci almeno una volta nell'ultimo mese;
- riguardo al *contesto socio-affettivo familiare e scolastico* oltre la metà dei quindicenni ha difficoltà di dialogo con il padre e circa un quarto con la madre (tali proporzioni, tuttavia risultano più contenute nelle fasce di età più giovani, undicenni e tredicenni); oltre la metà dei quindicenni dichiara di non sentirsi trattato in modo giusto dagli insegnanti (nelle ragazze tale proporzione raggiunge quasi i due terzi); il 20% delle ragazze e il 9% dei ragazzi undicenni dichiarano di aver subito atti di bullismo negli ultimi due mesi prima della rilevazione; meno del 10% dei ragazzi dai tredici anni in su dichiara che la scuola piaccia loro 'molto' e circa la metà di loro si sentono 'stressati' dalla scuola;
- riguardo allo *stato nutrizionale, ai comportamenti alimentari, all'attività fisica e comportamenti sedentari* sulla base delle misure di peso e statura dichiarate, il 18.8% degli adolescenti risulta in sovrappeso e il 3.3% è obeso: tali prevalenze risultano più elevate nei maschi e nei più giovani e complessivamente più elevate rispetto al dato nazionale; solo la metà degli adolescenti abruzzesi consuma frutta almeno una volta al giorno e meno di un quinto la verdura, mentre circa un terzo consuma dolci e circa un quinto assume bevande zuccherate almeno una volta al giorno; la proporzione di adolescenti che raggiunge i livelli minimi di attività fisica raccomandata per l'età evolutiva (almeno un'ora di attività almeno moderata tutti i giorni) risulta estremamente bassa, tra i valori più bassi a livello nazionale: meno del 10% del campione totale e, tra le ragazze tredicenni e quindicenni, rispettivamente il 2 e il 3%; oltre la metà del campione guarda la TV per almeno 2 ore al giorno e più di un terzo del campione gioca al computer o alla playstation o simili nel tempo libero per almeno 2 ore al giorno nei giorni scolastici della settimana; tra i tredicenni e i quindicenni circa la metà utilizzano il computer per chattare, navigare su internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti, nel tempo libero, ecc., per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola;

- riguardo ai *comportamenti voluttuari*, in Abruzzo, sono presenti adolescenti che dichiarano di fumare almeno una volta alla settimana fin dagli 11 anni e le proporzioni crescono con l'età, risultando maggiori nelle ragazze rispetto ai ragazzi (inversione di genere), in particolare tra i quindicenni (22% delle femmine vs 16% dei maschi); anche l'abitudine di bere alcolici almeno una volta alla settimana risulta presente già tra i preadolescenti e si amplifica nelle fasce di età successive con un valore di prevalenza pari al 35% nei maschi e 26% nelle femmine quindicenni; l'esperienza dell'ubriacatura almeno due volte nella vita viene riferita dal 6% dei maschi e dal 4% delle femmine tredicenni e, ancora di più, dal 20% dei maschi e dal 14% delle femmine quindicenni (valori più elevati della media nazionale) mentre quasi la metà dei quindicenni (il 46%) e un terzo delle quindicenni femmine (33%) dichiarano di aver fatto almeno una volta l'esperienza di binge drinking (il consumo di sei bicchieri o più di bevande alcoliche in un'unica occasione); infine, il 15% dei quindicenni (in modo omogeneo tra i due generi) ammette di aver fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita [ISS, Rapporti ISTISAN 13/5].

TREND INVOLUTIVO DELLE CAPACITÀ MOTORIE IN ETÀ INFANTILE E ADOLESCENZIALE. Nella letteratura internazionale è stata evidenziata negli ultimi decenni una riduzione della capacità di prestazione motoria e in particolare di quella aerobica [Tomkinson, 2007]. Meno attenzione riscuotono i trend secolari involutivi delle altre capacità motorie e in particolare di quelle coordinative (es. velocità, agilità, tempo di reazione, coordinazione, equilibrio) il cui ruolo nella promozione della salute è misconosciuto [Rink, 2010]. Al contrario, gli aspetti coordinativi del movimento sono basilari nella crescita della persona e per il raggiungimento di una migliore qualità di vita [Filippone et al, 2007].

DISAGIO PSICOSOCIALE. Il Piano nazionale di azioni per la Salute Mentale (PANSM) – recepito con un Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province e le comunità Montane, Rep. Atti n.4/CU del 24/01/2013 – ha dedicato un capitolo specifico alla tutela della salute mentale in infanzia e in adolescenza e ha messo in evidenza alcune caratteristiche salienti, specificando aspetti peculiari connessi sia alla natura dei disturbi neuropsichiatrici in tale fascia di età che riguardo agli interventi in età evolutiva. Con decreto del Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR n.135/2014 è stato recepito detto Accordo nella Regione Abruzzo, che dovrà trovare compiuta attuazione in ambito regionale. Nella Regione Abruzzo, come nel resto del Paese, sembra che sia in aumento il numero di adolescenti in condizioni di disagio psicologico e socio-ambientale, tanto da rendere necessari degli studi approfonditi per avere una esatta dimensione del fenomeno, che possa fornire elementi di lettura chiari, utili per comprendere le dinamiche intrinseche del trend. In tale contesto possono essere collocati i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) che possono avere conseguenze molto allarmanti per la salute in età evolutiva. Alcuni studi epidemiologici a livello internazionale hanno messo in evidenza che l'età di esordio si manifesta tra i 10 e i 30 anni, con una età media di insorgenza di 17 anni [Regione Abruzzo, Analisi di Contesto al Piano della Prevenzione 2014-2018].

Tra i pochi dati ufficiali disponibili può essere significativo il trend del tasso di dimissione per disturbi psichici in età preadulta che, nella Regione Abruzzo è salito nel periodo di osservazione tra il primo dato disponibile (anno 1999) all'ultimo (anno 2013) dal valore dell'1.09 all'1.91, aumentando del 75% e facendo collocare la Regione Abruzzo al terzo posto in Italia, dopo la Regione Lazio e Sardegna [Health for All – Italia, 2014].

I DIGITAL NATIVES. Un fenomeno emergente e rapidamente in evoluzione, è il fatto che i giovani fanno un uso massivo delle piattaforme informatiche per organizzare e vivere le loro esistenze. La parte di vita 'offline' è sottoposta a un controllo maggiore da parte dei genitori, soprattutto negli adolescenti più piccoli, mentre quella 'online' sta diventando sempre più connaturata con l'esperienza quotidiana autonoma e indipendente degli adolescenti, ben consapevoli dell'impatto duraturo e strutturato che le loro identità virtuali possono avere. I cosiddetti '*digital natives*', usano i social network in modo innato e costante, senza interruzione e in questo contesto il bullismo online è una minaccia reale. Tuttavia la tecnologia è parte integrante della vita dei giovani, essi tendono a non separare le attività 'online' e 'offline' e dunque, anche le attività educative, di prevenzione, devono tener conto di questo nuovo modello di vita e utilizzare nuovi strumenti per sfruttare tali canali di accesso [Sport England, 2014].

CARATTERISTICHE DEL SETTING SCOLASTICO.

In riferimento alle *scuole primarie*, dall'indagine di sorveglianza "OKkio alla Salute" del 2014 emerge che:

- in poco meno della metà delle scuole campionate è presente una mensa scolastica funzionante e la definizione del menu è più frequentemente a cura di un esperto della ASL di competenza; in più della metà delle scuole, poi, vengono distribuiti ai bambini frutta, latte o yogurt nel corso della giornata e sei classi su dieci hanno partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani con Enti o Associazioni; in quattro scuole su dieci sono presenti distributori automatici di merendine o bevande zuccherate (nel 5%

delle scuole di libero accesso anche ai bambini) e poco più della metà di tali distributori mette a disposizione succhi di frutta, frutta fresca e yogurt;

- in una scuola su quattro solo la metà o addirittura meno delle classi svolgono le 2 ore di attività motoria previste a causa principalmente dell'orario scolastico, della mancanza o insufficienza della palestra o della scelta del docente. Poco più di quattro scuole su dieci offrono la possibilità agli alunni di effettuare all'interno attività motoria extra-curricolare nella maggior parte dei casi durante l'orario scolastico e meno di pomeriggio o in orario di rientro; tali attività si svolgono quasi in tutte le scuole in palestra e solo in una scuola su quattro nel giardino;

- l'attività curricolare nutrizionale è prevista da circa otto scuole su dieci e la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe; nella quasi totalità delle scuole, poi, sono state realizzate attività finalizzate al rafforzamento del curriculum formativo sull'attività motoria, come il coinvolgimento di un esperto esterno, la valutazione delle abilità motorie dei bambini, lo sviluppo di un curriculum strutturato e la formazione degli insegnanti;

- poco più di sei scuole su dieci hanno a disposizione nel plesso una palestra e/o un cortile; otto su dieci parchi gioco o spazi aperti ne hanno a disposizione nel plesso o nelle vicinanze [Okkio alla Salute – Report Regione Abruzzo 2014].

In riferimento alle *scuole secondarie*, dall'indagine di sorveglianza "HBSC" del 2010 sono state monitorate, secondo quanto riferito dai dirigenti scolastici, le misure messe in campo per la promozione della salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo e l'acquisizione di competenze in aree significative per il benessere:

- i dati nazionali fanno emergere che nelle scuole secondarie italiane l'implementazione di programmi per la prevenzione è assente o saltuaria in cinque scuole su dieci riguardo al tema dell'uso di sostanze e della violenza/bullismo, in quattro scuole su dieci rispetto al tema della nutrizione e dell'alimentazione e in due su dieci rispetto al tema dell'attività fisica e dello sport;

- per quanto concerne le attività associate alla nutrizione soltanto una scuola italiana su dieci adotta programmi che prevedono la distribuzione agli studenti di alimenti salutari, quali latte, frutta, yogurt e, in particolare, per la Regione Abruzzo, tali programmi sono pressoché assenti ed è emerso come quasi sei istituti abruzzesi su dieci dispongano di distributori automatici i quali tendenzialmente offrono tipologie di alimenti poco salubri;

- in circa la metà delle scuole secondarie italiane, gli studenti vengono coinvolti nello sviluppo di misure di promozione della salute, nella pianificazione e organizzazione di eventi scolastici e nell'insegnamento in classe e in poco meno di quattro scuole su dieci nelle attività di organizzazione del contesto fisico della scuola [ISS-HBSC 2013].

Continuità e sviluppo con il precedente Piano Regionale della Prevenzione

Il presente Programma si pone in chiara continuità con il precedente Piano Regionale della Prevenzione ispirato e strutturato sulla base del Programma europeo 'Guadagnare Salute' - Promuovere stili di vita in grado di contrastare il peso delle malattie croniche e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini'. Esso è stato recepito in Italia con l'approvazione del Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e ha dato avvio a un modalità operativa nuova, più attenta alle problematiche specifiche e alle ripercussioni educative e formative nei Piani dell'Offerta Formativa scolastici, il cui avvio può essere individuato formalmente nella Circolare congiunta MIUR/ Ministero della Salute del 5 luglio 2007.

La Regione Abruzzo, da lì, ha iniziato a partecipare insieme alle altre Regioni, a un lento percorso di collaborazione tra istituzioni diverse le cui basi sono state poste nella formazione centralizzata, svoltasi a Torino nel 2010, che ha previsto la partecipazione congiunta dei referenti degli Assessorati regionali alla Sanità, dei referenti territoriali ASL e degli Uffici scolastici regionali e provinciali. Successivamente, è stato attivato un Tavolo di Lavoro Regionale ed è stato realizzato il monitoraggio delle precedenti azioni di educazione alla salute sulle scuole di ogni ordine e grado: sono emersi alcuni aspetti critici come la frammentarietà di molti interventi; l'insufficiente comunicazione di ritorno sui risultati conseguiti; la carente implementazione di buone pratiche; la grande difficoltà di giungere a una valutazione funzionale dei progetti e l'episodicità che li caratterizza.

A partire dall'anno scolastico 2010/11 sono stati realizzati progetti di validità sperimentata e proposti a livello centrale nell'ambito del programma Guadagnare salute in adolescenza: 'Quadrifoglio' per l'educazione alimentare nei bambini di 5/10 anni; 'Unplugged', per l'attivazione di *life skills* contro l'uso di fumo, alcol, sostanze psicotrope, dedicato principalmente a ragazzi pre-adolescenti; 'Peer to peer – Salute mentale' per implementare e rafforzare le *life skills* dei ragazzi in un momento cruciale dell'età evolutiva, dedicato agli allievi delle scuole secondarie di primo grado e primo biennio di secondo grado; 'Peer to peer - Prevenzione delle patologie sessualmente trasmesse', per un'educazione affettiva ed emotiva corretta, dedicato agli

allievi delle scuole secondarie di II grado; 'Insieme per la sicurezza: moltiplichiamo le azioni preventive' per l'educazione alla sicurezza, anche stradale, dedicato agli alunni delle scuole secondarie di I e di II grado.

Nelle annualità seguenti, il pacchetto di percorsi progettuali proposti ha subito variazioni, in seguito a quanto emerso dalle istituzioni scolastiche e in conseguenza delle variazioni nel team degli esperti sanitari. Alcune proposte sono state interrotte nel periodo e ne sono state realizzate altre come 'Promozione di una corretta igiene orale e prevenzione della carie in età scolare', 'Respiro libero' per la conoscenza e la prevenzione delle allergie ambientali e dell'apparato respiratorio, destinato agli adulti nelle scuole, poi, a cascata, agli alunni; 'Movimentiamoci' per l'educazione motoria nella scuola primaria, strettamente connesso con 'Comportamenti alimentari': la particolarità di questo progetto è stata la collaborazione con le Facoltà di Scienze Motorie delle Università dell'Aquila e di Chieti, con la formazione dei docenti in Facoltà e l'intervento di laureati nelle classi di scuola primaria, in presenza "tutoring" dei docenti appena formati.

La partecipazione numerica delle scuole è stata notevole e distribuita su tutte le province e su tutte le proposte progettuali con diversi livelli di omogeneità. Tuttavia sono da riconsiderare alcune dimensioni che nel tempo sono cambiate, a cominciare dal turn over dei referenti ASL e di quelli presso gli Uffici scolastici, con drastica riduzione nel numero degli addetti. Un altro aspetto, che va sicuramente rinnovato, è quello della co-progettazione, che risente del tempo trascorso, ma anche di cambiamenti nello scenario sociale. Si deve tenere conto, ancora, della progressiva abilità e della competenza maturate dalle istituzioni scolastiche nel lavoro in rete, mentre rimane sempre attuale il bisogno di formazione o ri-formazione da parte dei docenti [Carraro, 2014].

A completamento di quanto esposto sulle attività del triennio precedente, va riconosciuto che, a tutt'oggi è stata assente l'implementazione dell'approccio globale alla base del concetto di "Scuola Promotrice di Salute", nonostante la presenza sul territorio di istituzioni (Università dell'Aquila) ed esperienze sporadiche di formazione. È necessario colmare il gap rispetto ad altre realtà nazionali ed europee al fine di armonizzare le singole azioni (stile di vita, prevenzione del disagio mentale e sociale, sicurezza, marketing) che solo in un approccio di setting hanno possibilità di risonanza, sviluppo e sostenibilità.

A livello internazionale, sono numerose le esperienze in molti paesi europei ed extra-europei che hanno costruito percorsi di adeguamento alla struttura della Scuola Promotrice di Salute. Attualmente è attivo in Europa il network *School for Health in Europe* (SHE <http://www.schools-for-health.eu/she-network>) che ha ereditato il ruolo dello *European Network of Health Promoting School* (ENHPS) creato nel 1992 Consiglio d'Europa, Commissione europea e OMS Europa. Lo SHE ha l'obiettivo di supportare le organizzazioni, le istituzioni e i professionisti per sviluppare e sostenere la scuola promotrice di salute in ciascun paese membro, fornendo una piattaforma europea. Il network è coordinato dall'istituto olandese Institute for Healthcare Improvement (CBO) che costituisce il centro di riferimento per l'OMS della strategia della Scuola Promotrice di Salute.

In Italia alcune regioni hanno messo in atto strategie concrete per la creazione di Reti locali di Scuole Promotrici di Salute, in alcuni casi connesse ufficialmente con il network europeo SHE. Tra gli esempi più avanzati si possono ricordare le reti HPS in Lombardia (<http://www.scuolapromuovesalute.it/la-rete.html>), in Piemonte (<http://www.reteshepiemonte.it>), in Sardegna (NeSS Network Scuola e Salute <http://www.regione.sardegna.it/scuolaesalute/chi-siamo>); in Calabria (DGR n. 39 del 30/05/2008).

Durante la Conferenza Nazionale del Progetto Guadagnare Salute svoltasi il 22 – 23 ottobre 2014 a Orvieto, nella sessione dedicata alla promozione della salute nel contesto scolastico è intervenuto Goof Buijs, coordinatore del network SHE, mentre a Milano il 14 maggio 2014, è stato organizzato il primo meeting della Rete Regionale delle Scuole Promotrici di Salute della Lombardia, di cui si fa menzione sul sito dell'Istituto CBO Olandese come esempio di buona pratica (<http://www.cbo.nl/en/news/news/first-meeting-of-the-network-of-health-promoting-schools-in-lombardy>).

La complessità dei processi che devono essere messi in atto per costruire la Scuola Promotrice di Salute così come definita, presuppone la necessità di armonizzare competenze diverse, di trovare soluzioni condivise e, quindi, una ampia collaborazione tra gli *stakeholders* dei diversi settori coinvolti [IUPHE, 2013], in particolare quelli della Sanità, della Scuola e della Ricerca Scientifica, come peraltro sostenuto dal "Protocollo di Intesa tra Regione Abruzzo - Direzione Sanità e l'Ufficio Scolastico Regionale per l'Abruzzo" relativo alle attività di Promozione ed Educazione alla salute nelle scuole, siglato con D.R. n° 811 del 5 dicembre 2014.

Nel Piano Nazionale della Prevenzione il Programma "A scuola ... di salute" è funzionale a più Macro Obiettivi, richiamati all'inizio del paragrafo.

Obiettivo centrale 1.3. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica e alcol) nella popolazione giovanile e adulta.

Obiettivo centrale 3.1. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta.

Obiettivo centrale 4.1. Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui.

Gli obiettivi elencati sono particolarmente integrati, e prevedono una serie di azioni che concorrono alla realizzazione di tutti gli obiettivi. Tali azioni sono di seguito elencate:

1. Rete Regionale delle Scuole Promotrici di Salute: istituzione e implementazione
2. Incremento dell'attività motoria nelle classi prime e seconde della scuola primaria
3. Schoolwide physical activity. approccio ecologico per l'incremento dell'attività fisica nel setting scolastico sana alimentazione per una scuola in salute
4. Sana alimentazione per una scuola in salute
5. La formazione sui temi del Piano Regionale della Prevenzione dei MMG e dei PLS
6. Sistema sperimentale centralizzato di monitoraggio sugli stili di vita attraverso supporto piattaforma gestionale da parte dei MMG e PLS

Azione n.1. Rete Regionale delle Scuole Promotrici di Salute: istituzione e implementazione

BREVE DESCRIZIONE

L'azione consiste nella creazione della Rete Abruzzese delle Scuole Promotrici di Salute, presupposto essenziale per la costruzione di un *setting* di vita e di lavoro orientato globalmente alla promozione della salute dei membri dell'intera comunità scolastica, studenti, docenti, personale, famiglie in collegamento con il territorio di appartenenza.

Secondo i Principi della Scuola Promotrice di Salute individuati dalla *International Union for Health Promotion and Education*, una scuola promuove salute quando:

- promuove la salute e il benessere dei propri studenti; cerca di migliorare i risultati di apprendimento degli alunni; sostiene i concetti di giustizia sociale ed equità; fornisce un ambiente sicuro e di supporto; richiede la partecipazione e l'empowerment degli studenti; mette in relazione i problemi e i sistemi propri della sanità e dell'istruzione; affronta questioni relative alla salute e al benessere di tutto il personale scolastico; collabora con i genitori e la comunità locale; inserisce la salute nelle attività correnti della scuola, nell'offerta formativa e negli standard di valutazione; stabilisce degli obiettivi realistici sulla base di dati precisi e solide evidenze scientifiche; cerca un miglioramento continuo attraverso un monitoraggio e una valutazione costanti [IUHPE, 2011].

Sono stati individuati, poi, i seguenti 6 'elementi essenziali' per la promozione della salute nelle scuole, cioè ambiti di azione su cui concentrare le concrete attività progettuali e le modifiche funzionali all'organizzazione della vita e del lavoro quotidiani all'interno del *setting* scolastico [IUHPE, 2011]

1. Le Politiche per una scuola in salute. Queste politiche sono definite in modo chiaro in alcuni documenti o attraverso prassi condivise di promozione della salute e del benessere. Sono molte le politiche che promuovono la salute e il benessere, come ad esempio quelle che favoriscono il consumo di cibi sani all'interno della scuola o quelle che scoraggiano il bullismo.
2. L'ambiente fisico della scuola. La nozione di ambiente fisico della scuola fa riferimento agli edifici, alle aree verdi e alle attrezzature all'interno e all'esterno dell'edificio scolastico e comprende: la progettazione degli edifici, l'uso della luce naturale e delle zone d'ombra in modo appropriato, la creazione di spazi in cui praticare l'attività fisica e le strutture che permettono di imparare e di mangiare in modo sano. L'ambiente fisico fa riferimento anche alla manutenzione di base, come la cura dei

servizi e delle pratiche igieniche da adottare per prevenire la diffusione delle malattie, alla disponibilità di acqua potabile e sana, alla salubrità dell'aria e all'eventuale presenza di sostanze inquinanti ambientali, biologiche o chimiche, nocive per la salute.

3. L'ambiente sociale della scuola. L'ambiente sociale della scuola è una combinazione della qualità delle relazioni tra il personale stesso, e tra il personale e gli studenti. E' influenzato dai rapporti con i genitori e con la comunità più ampia.
4. Le competenze individuali in materia di salute e la capacità di agire. Ciò si riferisce a tutte le attività (formali e informali previste nei programmi ufficiali) attraverso le quali gli studenti acquisiscono, in funzione all'età, le conoscenze, le competenze e le esperienze necessarie per sviluppare delle capacità e intraprendere delle azioni volte a migliorare la salute e il benessere, per sé come pure per gli altri membri della comunità e a migliorare anche il rendimento scolastico.
5. I Legami con la comunità. I legami con la comunità sono le relazioni tra la scuola e le famiglie degli studenti e tra la scuola e i gruppi o gli individui-chiave a livello locale. Un'adeguata consultazione e partecipazione con questi portatori di interesse rafforza la HPS e offre agli studenti e al personale un contesto ed un supporto per le loro azioni.
6. I Servizi sanitari. Si tratta di servizi locali e regionali interni alla scuola o ad essa correlati, preposti all'assistenza sanitaria e alla promozione della salute per i bambini e gli adolescenti, che forniscono servizi indirizzati agli studenti (compresi quelli con specifiche necessità). Essi comprendono: 1) Screening e valutazioni condotte da operatori qualificati; 2) Servizi per la salute mentale (incluse le consulenze) per promuovere lo sviluppo sociale ed emotivo degli studenti, per prevenire o ridurre gli ostacoli allo sviluppo intellettuale e all'apprendimento; per ridurre o prevenire lo stress e i disturbi mentali, emotivi e psicologici e migliorare le interazioni sociali per tutti gli studenti.

Operativamente la Rete sarà creata e gestita nella Regione Abruzzo da una struttura di servizio interistituzionale, l'Osservatorio Regionale Abruzzese per la Scuola Promotrice di Salute (ORASPS), mediante uno staff di progetto composto da: Regione (con funzione di coordinamento), personale sanitario, scolastico e universitario..

Nel concreto si procederà alla costruzione della Rete ASPs:

- proponendo l'adesione formale a tutte le scuole del territorio regionale;
- formando dirigenti e insegnanti ai principi della *Health Promoting School*;
- applicando un sistema circolare di monitoraggio e programmazione basato su un sistema strutturato di indicatori;
- supportando le scuole nella scelta e nella supervisione dei progetti specifici;
- favorendo il collegamento tra scuole e con altri *network* (in particolare con il già citato *network* europeo *School for Health in Europe SHE*) mediante piattaforme web, incontri, news.

L'ORASPS potrà riunirsi periodicamente con il compito di raccogliere le adesioni alla Rete ASPs e connetterle al network SHE, mantenere la rete locale di collegamenti tra scuole e istituzioni, favorire l'implementazione delle azioni previste dal presente Piano Regionale della Prevenzione, individuare bisogni emergenti, proporre soluzioni e modifiche, organizzare eventi formativi, divulgativi e di condivisione, favorire la sperimentazione di azioni sul campo improntate all'*Evidence Health Promotion*.

EVIDENZE DI EFFICACIA

In linea con l'approccio più rigoroso della *Evidence Based Prevention*, una recentissima revisione Cochrane del 2015 ha dimostrato l'efficacia dell'impianto 'comprehensive' della *Health Promoting School* nel miglioramento di alcuni aspetti della salute degli studenti. In particolare gli effetti significativi riscontrati nella metanalisi riguardano il sovrappeso, i livelli di attività fisica, la forma fisica, il consumo di frutta e verdura, il fumo di tabacco e il bullismo nelle scuole che hanno adottato la struttura HPS [Langford et al, 2015].

In più, da una sintesi dei principali risultati di studi valutativi, la IUHPE riscontra una sostanziale corrispondenza tra gli obiettivi educativi e quelli di salute di una scuola [IUHPE, 2010]:

- i risultati di salute ed educativi migliorano se la scuola utilizza l'approccio HPS per affrontare le questioni relative alla salute in un contesto educativo;
- le azioni basate su determinanti 'multipli' di salute sono più efficaci nell'ottenere risultati di salute ed educativi, rispetto agli interventi svolti solo in classe o agli interventi su singole tematiche o determinanti;
- i fattori che incidono sull'apprendimento sono prevalentemente socio-emotivi, come ad esempio interazioni studente-insegnante e insegnante-insegnante, cultura della scuola, clima di classe, rapporti con il gruppo dei pari;
- i fattori socio-emotivi sono fondamentali per il modo in cui opera l'HPS e per come le scuole raggiungono i loro obiettivi educativi e di salute;

- un approccio globale alla scuola, in cui vi è coerenza tra le politiche della scuola e le pratiche che promuovono l'integrazione sociale e l'impegno a livello educativo, facilita realmente i risultati in termini di apprendimento, aumenta il benessere emotivo e riduce i comportamenti a rischio per la salute.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITÀ

Sulla base delle esperienze europee e regionali italiane riportate in premessa al presente Programma, è plausibile la creazione di una coesione tra diversi *stakeholders* che contribuisce all'innescare di un cambiamento di comunità.

Inoltre, vi sono molte risorse disponibili per aiutare il personale scolastico e i loro partner che lavorano nei settori della sanità e dell'istruzione a pianificare, implementare e valutare le iniziative per la salute nella scuola. Esse possono presentarsi sotto forma di linee guida basate sull'evidenza, di strumenti per la sorveglianza, di approcci valutativi, ecc. Molte di queste risorse si possono trovare sui siti web di organizzazioni internazionali e di quelle agenzie e organizzazioni nazionali e regionali (ad esempio Ministeri della salute, e dell'istruzione e organizzazioni non governative), che hanno la responsabilità di promuovere i risultati di salute ed educativi dei giovani.

Il network SHE ha reso disponibile un manuale online destinato alle scuole (direzione, insegnanti e altro personale scolastico) per la realizzazione dell'impianto della scuola promotrice di salute. Esso costituisce una guida step-by-step organizzata in cinque fasi poste in un processo ciclico [Safarjan et al, 2013].

Sono stati istituiti sistemi di certificazione e riconoscimenti di "Scuola Promotrice di Salute", da parte di istituzioni regionali e nazionali (ad esempio in Gran Bretagna, in Polonia [Rothwell et al, 2009; Woynarowska & Sokolowska, 2009]) che hanno offerto uno stimolo per le singole scuole.

A livello internazionale, sono stati costruiti indicatori, come lo School Health Index dei CDCs negli Stati Uniti che possono essere utilizzati anche per la pianificazione scolastica [CDCs, 2005; St.Leger 2000] e che sono stati validati a livello regionale in Abruzzo [Scatigna et al, 2009].

Infine, il coinvolgimento attivo del personale scolastico e dei genitori in azioni di promozione della salute a loro rivolte potrebbe aumentare l'empowerment dei soggetti e la sostenibilità degli interventi nel tempo e in autonomia.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA :

Al fine di verificare l'impatto dell'Azione sulla salute dei giovani e sulle caratteristiche del setting scolastico, potranno essere utilizzati sistemi di sorveglianza già presenti a livello nazionale/regionale riferiti all'età evolutiva, ovvero OKKio alla Salute e HBSC.

Tuttavia, nell'Azione stessa esiste un sistema intrinseco di sorveglianza/valutazione, che corrisponde a una delle attività progettuali, vale a dire la "Certificazione d'impegno" e l' "Autovalutazione" attraverso indicatori metrici delle aree del modello HPS.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

L'Azione è intrinsecamente orientata al superamento e alla riduzione delle disuguaglianze, per i seguenti motivi:

- per la natura del *setting*, la scuola, privilegiato per il fatto che, dopo quello domestico, bambini e adolescenti vi trascorrono universalmente la maggior parte della loro esistenza, indipendentemente dalle variabili determinanti di natura socio-economica riconducibili al nucleo familiare;
- perché l'obiettivo primario della *Health Promoting School* è proprio migliorare le opportunità e il successo dell'apprendimento, a partire dall'accesso alla vita scolastica (es. abbattimento dell'abbandono) fino alla crescita culturale base essenziale per la salute dei singoli e delle comunità;
- perché la HPS si basa sulla costruzione di una comunità scolastica in cui è considerata la salute di tutte le componenti (studenti, docenti, personale amministrativo, genitori) e dove viene auspicato il loro contributo partecipato e fattivo, premessa perché si realizzi una migliore integrazione tra famiglie, con la comunità esterna e tra i giovani stessi;
- perché le azioni specifiche riferite a temi di salute o ad aree di intervento puntuali, 'naturalmente' risulteranno accettabili e realizzabili in una scuola che aderisce al modello di HPS solo se orientate al superamento delle disuguaglianze.

OBIETTIVI SPECIFICI

AB.2.1 - Implementare l'approccio globale della Health Promoting School sulla base delle linee guida e delle esperienze internazionali

AB.2.2 - Creare la Rete Abruzzese delle Scuole Promotrici di Salute e connetterle al network Europeo *School for Health in Europe*

I precedenti due obiettivi specifici, possono essere articolati, in dettaglio nei seguenti obiettivi:

Di salute/educativi:

- Migliorare il benessere percepito degli studenti e del personale scolastico;
- Migliorare lo stile di vita associato all'esperienza scolastica;
- Migliorare il successo scolastico;
- Favorire la prevenzione primaria e secondaria del disagio psico-sociale;
- Aumentare il livello di consapevolezza sul significato e il valore della salute, responsabilizzando i singoli e l'intera comunità scolastica.

Strategici:

- Creare una cultura condivisa della *Health Promoting School* tra gli *stakeholders* dei diversi settori coinvolti (scuola, sanità, ricerca, amministrazione)
- Creare e/o rafforzare le collaborazioni intra-istituzionali (es. scuole che lavorano in rete, coordinamento dei servizi di prevenzione per l'offerta di programmi di prevenzione evidence based, ecc.), inter-istituzionali (es. scuola – dipartimento di prevenzione, CONI) e comunitarie (es. scuola – associazioni del territorio, realtà produttive e servizi tecnologici) in grado di auto-mantenersi.

Tecnico-scientifici:

- Diffondere l'utilizzo di un sistema di indicatori per la misura dell'orientamento alla promozione della salute a scuola (HPS) e la pianificazione di interventi.

Verificare i livelli di associazione degli indicatori di HPS con indicatori epidemiologici e misure psicometriche relative a predittori, mediatori e moderatori di comportamenti salubri / insalubri sia individuali che ambientali

TARGET

Finale: Studenti delle Scuole di ogni ordine e grado che aderiranno

Intermedi: Insegnanti, altro personale scolastico, genitori, operatori sanitari.

SETTING: Scuola

INTERSETTORIALITÀ

L'intersectorialità è connaturata al concetto di Rete ASPS e al modello HPS. Essa sarà realizzabile nella misura in cui il settore della scuola, della sanità, della formazione superiore e ricerca scientifica sapranno realizzare una collaborazione concreta, paritaria e virtuosa.

La rilevanza del problema della collaborazione intersectoriale, quale nodo cruciale della HPS, è sottolineato dalla recente pubblicazione di un documento-guida dell'IUHPE orientato a esaminare i vincoli e le soluzioni [IUPHE, 2013]

INDICATORI

Indicatori di Processo (Fonte Regione Abruzzo)

Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
1.3.1. e 3.1.1. e 4.1.1. Proporzione di Istituti Scolastici Regionali che aderiscono alla Rete ASPS con almeno l'80% delle classi target (Indicatore Sentinella)	0 %	5%	10%	15%

Indicatori di Esito (Fonte Regione Abruzzo)

Fonte: Sistema di Autovalutazione per le Scuole Promotrici di Salute	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di Istituti Scolastici della Rete ASPS che migliorano nel livello metrico relativo a tre o più aree monitorate	0 %	10%	30%	40%

ATTIVITÀ

Azioni Generali

- Istituzione dell'Osservatorio Regionale Abruzzese per la Scuola Promotrice di Salute (ORASPS);
- Produzione dei materiali per la realizzazione della Rete ASPS (Marchio-logotipo, Sito-web, schede per l'adesione e per il monitoraggio, sistemi informatizzati per l'archiviazione dei dati);
- Conferenze di Servizio, formazione dei dirigenti scolastici e operatori sanitari.

Azioni Specifiche

- Informazione sull'iniziativa e proposta di adesione formale a tutte le scuole della regione, di ogni ordine e grado;
- Raccolta delle adesioni mediante modulistica standardizzata (on-line);
- Formazione di personale di riferimento per ogni scuola (su base provinciale);
- Istituzione formale di una 'Commissione salute e benessere' nelle scuole aderenti alla Rete ASPS e inserimento nel POF del nuovo *status* di HPS;
- Monitoraggio *baseline* sulle scuole aderenti alla Rete ASPS di autovalutazione sul livello di aderenza della scuola al modello HPS nelle diverse aree che lo compongono;
- Pianificazione delle azioni che la scuola svilupperà rispetto a tematiche specifiche di salute, azioni di rafforzamento delle *skills* personali e aspetti impliciti alla vita scolastica (ethos, ambiente fisico, famiglia, comunità);
- Monitoraggio annuale *di follow-up* sulle scuole della Rete ASPS di autovalutazione sul livello di aderenza al modello HPS nelle diverse aree che lo compongono;
- Collegamento alla Rete Locale ASPS e al network SHE;
- Certificazione annuale dell'impegno delle scuole aderenti quali "Scuole Promotrici di Salute";
- Elaborazione dei dati (di processo, indicatori metrici di autovalutazione) e revisione annuale da parte dell'ORASPS dell'intero processo di costruzione della rete e implementazione del modello HPS nella Regione.

ANALISI DEI RISCHI

Tra i possibili rischi:

- L'incremento di impegno richiesto alla scuola per sviluppare il percorso sistemico e realizzare tutte le attività necessarie per l'accreditamento quali "Scuole Promotrici di Salute";
- I risultati di promozione della salute possono essere visibili solo nel medio o lungo termine.
- La valutazione è difficile e complessa;
- La comunità dei professionisti della scuola possiede un proprio linguaggio e dei propri concetti che hanno significati diversi da quelli utilizzati in ambito sanitario e in altri settori. Per sviluppare un sapere condiviso sono necessari molto tempo, alleanze e rispetto reciproco
- La difficoltà di fornire alla scuola le prove di efficacia rispetto ai benefici che una strategia di promozione della salute può offrire, migliorando anche i risultati in termini di rendimento scolastico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). School Health Index: A Self-Assessment and Planning Guide. Elementary school version. Atlanta, Georgia, 2005.
2. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Promuovere la Salute a Scuola dall'evidenza all'azione. 2010.
3. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Verso una scuola che promuove salute: linee guida per la promozione della salute nelle scuole. 2° versione del documento "Protocolli e linee guida per le scuole che promuovono salute". 2011.
4. International Union for Health Promotion and Evaluation (IUHPE). Facilitare il dialogo tra il settore sanitario e quello scolastico per favorire la promozione e l'educazione alla salute nella scuola. 2013.
5. Langford R, Bonell C, Jones H, Poulou T, Murphy S, Waters E, Komro K, Gibbs L, Magnus D, Campbell R. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. BMC Public Health (2015) 15:130.
6. Rothwell H, Sheperd M, Townsend N, Burgess S, Pimm C, Murphy S. The importance of participation in a whole-school approach to health: evidence from a review of the Welsh Network of Healthy School Schemes (WNHSS), Atti della Third European conference on health promoting school "Better schools through health". Vilnius (Lituania), 15-17 giugno 2009.
7. Safarjan E, Buijs G, de Ruiter S. SHE online school manual: 5 steps to a health promoting school. CBO. Utrecht, the Netherlands. 2013.
8. Scatigna M, Bernabei A, Molinaro S, Siciliano V, Cereatti F, Gigante R, Sementilli G, Leone L. Transcultural validation of CDC's School Health Index in Italian context. Atti della Third European conference on health promoting school "Better schools through health". Vilnius (Lituania), 15-17 giugno 2009.

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

	Anno Scolastico				Anno Scolastico				Anno Scolastico			
	2015		2016		2016		2017		2017		2018	
	4° t	1° t	2° t	3° t	4° t	1° t	2° t	3° t	4° t	1° t	2° t	3° t
Azioni Generali												
Istituzione dell'Osservatorio Regionale Abruzzese per la Scuola Promotrice di Salute (ORASPS)	X											
Produzione dei materiali per la realizzazione della Rete ASPS (Marchio-logotipo, Sito-web, schede per l'adesione e per il monitoraggio, sistemi informatizzati per l'archiviazione dei dati)	X	X										
Conferenze di Servizio, formazione dei dirigenti scolastici e operatori sanitari.		X										
Azioni Specifiche												
Informazione sull'iniziativa e proposta di adesione formale a tutte le scuole della regione, primarie e secondarie		X				X				X		
Raccolta delle adesioni mediante modulistica standardizzata (on-line)			X				X				X	
Formazione di personale di riferimento per ogni scuola (su base provinciale)			X				X				X	
Istituzione formale di una 'Commissione salute e benessere' nelle scuole aderenti alla Rete ASPS e inserimento nel POF del nuovo status di HPS				X				X				X
Monitoraggio baseline sulle scuole aderenti alla Rete ASPS di autovalutazione sul livello di aderenza della scuola al modello HPS nelle diverse aree che lo compongono				X				X				X
Pianificazione delle azioni che la scuola svilupperà rispetto a tematiche specifiche di salute, azioni di rafforzamento delle skills personali e aspetti impliciti alla vita scolastica (ethos, ambiente fisico, famiglia, comunità)				X				X				X
Monitoraggio annuale di follow-up sulle scuole aderenti alla Rete ASPS di autovalutazione sul livello di aderenza della scuola al modello HPS nelle diverse aree che lo compongono				X				X				X
Collegamento alla Rete Locale ASPS e al network SHE								X				X
Certificazione annuale dell'impegno delle scuole aderenti quali "Scuole Promotrici di Salute"				X				X				X
Elaborazione dei dati (di processo, indicatori metrici di autovalutazione) e revisione annuale da parte dell'ORASPS dell'intero processo di costruzione della rete e implementazione del modello HPS nella Regione.				X	X			X	X			X

Azione n.2. INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ MOTORIA NELLE I E II CLASSI DELLA SCUOLA PRIMARIA

BREVE DESCRIZIONE

Da un'analisi delle problematiche legate alla salute dei cittadini, con particolare riguardo per le fasce giovanili, è emerso che un ampio strato della popolazione in età scolare è sedentaria e in sovrappeso. Secondo i dati ISTAT, sono una su tre le persone di tre anni e più che nel 2013 dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero. Oltre 24 milioni di persone, pari al 42% della popolazione dai tre anni in su, si dichiarano invece completamente sedentarie, non praticando sport né attività fisica.

I risultati di una recente indagine su stili alimentari e abitudini all'esercizio fisico (OKkio alla Salute 2015), evidenziano che nel 2014 il 20,9% dei bambini era in sovrappeso e il 9,8% obeso. Le regioni del Centro e del Sud Italia sono quelle che presentano i dati più preoccupanti: l'Abruzzo, in particolare, con la sua percentuale oltre il 38,6% della popolazione giovanile interessato da tale fenomeno, occupa i primi posti tra le regioni con i risultati peggiori [OKkio alla Salute, 2015].

I livelli di sedentarietà e le cattive abitudini alimentari in bambini e adolescenti costituiscono dunque un problema sempre più evidente per le conseguenze negative a breve e a lungo termine sulla salute e sul benessere dei giovani e degli adulti. Come ormai ben documentato nella letteratura scientifica, la carenza di attività motoria e l'alimentazione scorretta sono la causa principale dell'obesità e di un elevato numero di patologie metaboliche, cardiovascolari, respiratorie e degenerative. A peggiorare questo fenomeno, nel corso dell'età evolutiva si assiste ad una progressiva riduzione di attività motoria con conseguente aumento delle malattie ipocinetiche, quali diabete, ipertensione e ipercolesterolemia. Tali malattie si stanno diffondendo sempre più nei paesi industrializzati e l'incidenza dei fattori di rischio correlati a queste malattie costituisce una seria minaccia in tutte le fasce di età.

D'altra parte, un'attività fisica regolare ed una corretta alimentazione determinano effetti fortemente positivi sulla salute e sul benessere della persona. L'attività motoria e sportiva nei giovani migliora l'indipendenza e l'autostima, facilita i processi di identificazione nello sviluppo della personalità, insegna il rispetto delle regole nei rapporti con gli altri, sviluppa il senso di responsabilità nelle relazioni sociali, facilita l'acquisizione di molteplici abilità utili nel quotidiano, insegna un corretto e sano stile di vita e migliora il rendimento scolastico. Gli effetti benefici si estendono dalla giovinezza all'età adulta. L'attività motoria negli adulti e negli anziani contrasta i sintomi della tensione e dello stress, incrementa l'energia psicofisica e la percezione di benessere, migliora l'autostima e facilita le relazioni sociali, previene le malattie, migliora la salute e la qualità della vita. Sul piano economico e sociale, l'attività fisica e una corretta alimentazione nell'adulto aumentano la produttività nel lavoro e contribuiscono a ridurre significativamente la spesa sanitaria dovuta a malattie acute e croniche.

Diventa quindi fondamentale promuovere la salute attraverso la pianificazione di strategie di intervento e la realizzazione di programmi di educazione motoria e alimentare che coinvolgano i giovani e li motivino verso stili di vita attivi e sani.

EVIDENZE DI EFFICACIA

L'incremento della qualità e della quantità dell'Educazione Fisica a Scuola è tra le strategie efficaci e irrinunciabili della scuola promotrice di salute come riportato chiaramente anche nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità specifici sul tema e della International Union for Health Promotion and Education [WHO, 2007; IUHPE, 2010].

La quantità e la qualità di attività motorie e sportive praticate in età evolutiva sono fortemente predittive rispetto all'attività fisica e agli stili di vita sani nell'adulto [Telama et al, 2005]. Le ricerche condotte in età scolare hanno anche dimostrato l'esistenza di una relazione positiva tra l'attività fisica, la salute mentale e il livello di apprendimento dei bambini e del loro rendimento scolastico in generale. L'attività motoria ed un regime alimentare corretto migliorano in maniera significativa le funzioni cognitive e ne contrastano il declino collegato all'invecchiamento [Biddle & Asare, 2011; Sibley & Etnier, 2003].

EVIDENZA DI SOSTENIBILITÀ

L'offerta di Educazione Motoria va contraendosi in tutte le aree del mondo, tanto che l'Organizzazione delle Nazioni Unite, nel suo organismo dell'UNESCO in questo anno 2015 ha ribadito la necessità che i governi intraprendano azioni concrete per assicurare a tutti i cittadini, nella fase evolutiva, *curricula* di educazione motoria scolastici adeguati, pubblicando le Linee Guida per la Qualità dell'Educazione Fisica rivolte proprio ai decisori politici [UNESCO, 2015].

Il contingente di Laureati in Scienze Motorie nei due Livelli Triennale e Magistrale, in particolare nella due Università abruzzesi (Università degli Studi dell'Aquila e Università "G.D'Annunzio" di Chieti-Pescara) costituisce una risorsa cospicua e qualificata.

Già nel Progetto Movimentiamoci inserito nel PRP 2010 – 2012 e conclusosi nel 2013 [Scatigna et al, 2012] è stato verificato il contributo di qualità tecnica, scientifica e operativa che i giovani tutors arruolati nelle attività del progetto hanno apportato in un ampio campione di scuole abruzzesi, peraltro ricercato e fortemente apprezzato dagli insegnanti interessati. Il giudizio di questi ultimi, in quella esperienza progettuale, è stato rilevato in modo strutturato mediante questionario in forma anonima incentrato su diverse tematiche, quali: didattica e metodologia, organizzazione, contenuti del progetto, apprendimento, gradimento per le quali i giudizi sono stati fortemente positivi. Tra i suggerimenti, nell'esperienza Movimentiamoci: consolidare la presenza degli educatori specialistici, potenziare la fornitura di attrezzature e iniziare le attività ad inizio anno scolastico ed aumentare il numero delle ore in classe [Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012. Area di intervento 2.9.3. "Incremento dell'attività fisica nella popolazione infantile". Relazione Finale Progetto Movimentiamoci. Dicembre 2013].

Il progetto potrà assicurare una formazione intrinseca degli insegnanti delle classi coinvolte di tipo esperienziale e potrà produrre una maggiore sensibilizzazione sull'importanza dell'educazione motoria nella scuola per la promozione della salute.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Al fine di verificare l'impatto dell'Azione sulla salute dei giovani e sulle caratteristiche del *setting* scolastico, potranno essere utilizzati sistemi di sorveglianza già presenti a livello nazionale/regionale riferiti all'età evolutiva, in particolare quelli del progetto OKkio alla Salute.

Le modifiche riguardanti l'efficienza fisica nei bambini saranno monitorate attraverso la raccolta *ad hoc* delle performance ai test motori di valutazione per l'età evolutiva correntemente utilizzati nella pratica dell'educazione motoria e nella ricerca epidemiologica, come alcuni dei Test della Batteria Eurofit appropriati per l'età in esame [Manuale EURO-fit, 1993].

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

L'attività è totalmente inserita nell'offerta formativa di tutte le classi di pari livello in tutte le scuole abruzzesi, anche in quelle più disagiate e inserite in contesti territoriali e socio-economici più svantaggiati, dove sono presenti bambini a più alto rischio di deprivazione e quindi con minori occasioni di svolgere attività fisica extra-scolastica a pagamento. Tali territori presentano, generalmente, proporzioni di residenti stranieri più elevate e sono anche meno raggiunti da iniziative di associazioni sportive, che altrove supportano le carenze nell'educazione motoria nella scuola primaria.

OBIETTIVO SPECIFICO

AB.2.3 - Incrementare l'attività motoria e migliorare la qualità dell'Educazione Motoria nell'attività didattica curriculare delle Classi Prime e Seconde della Scuola Primaria

Le evidenze sopra esposte mettono in luce come sia necessario promuovere l'attività motoria in età evolutiva a partire dall'unico contesto in cui i bambini si ritrovano quotidianamente: la Scuola Primaria. È questo, infatti, il luogo dove tutti i bambini possono essere educati e stimolati, anche attraverso il movimento, all'adozione stili di vita sani, orientati al benessere, che favoriscano una crescita armonica ed equilibrata negli aspetti cognitivi, affettivo/emozionali, sociali e motori della persona. È nel periodo della scuola primaria che i bambini acquisiscono e strutturano atteggiamenti e modelli comportamentali che caratterizzeranno il loro futuro stile di vita, con le conseguenti ricadute sullo stato di salute.

Sulla base di queste premesse, il Comitato Regionale CONI Abruzzo propone un intervento a favore degli alunni di tutte le classi prime e seconde di tutte le Scuole Primarie della Regione Abruzzo, da programmare di concerto con la Regione, che possa favorire l'incremento dell'attività motoria svolta nelle attività curricolari. L'intervento, inoltre, deve prevedere una costante azione di informazione e di educazione rivolta alle famiglie ed agli alunni rispetto alle problematiche sopra esposte, con particolare riguardo alla necessità della pratica motoria e di uno corretto regime alimentare. Il progetto si pone nell'ottica più ampia di un disegno complessivo che potrà essere integrato da altri soggetti e la cui evoluzione potrà essere determinata in base ad una specifica attività di valutazione propedeutica alla riformulazione progettuale per i prossimi anni scolastici.

TARGET

Tutti gli studenti delle classi 1° e 2° della Scuola Primaria della Regione Abruzzo e le loro famiglie

SETTING

Scuola Primaria

INTERSETTORIALITÀ

CONI, Scuola, Università, Pediatri.

INDICATORI

Indicatori di Processo (Fonte Regione Abruzzo)

Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Numero di scuole-intervento arruolate su tutte le scuole primarie abruzzesi	0%	5%	7%	10%

ATTIVITÀ

L'Intervento proposto prevede:

- lo svolgimento, a favore delle prime classi della Scuola Primaria, di due lezioni settimanali di attività motoria, per almeno 20 settimane effettive (da ottobre a maggio), da svolgersi in orario curriculare, per le quali sia previsto l'affiancamento del Docente da parte di un Incaricato Esperto di Attività Motoria nella Scuola Elementare, che sia obbligatoriamente un Diplomato ISEF o Laureato in Scienze Motorie;
- una valutazione osservativa sulla popolazione scolastica interessata attraverso attività ludico motorie, circuiti e alcuni test adattati alla età precoce.

Per la realizzazione dell'iniziativa si prevede di richiedere la collaborazione:

- del Comitato Italiano Paralimpico, per l'eventuale intervento per casi non supportati da Docenti di sostegno;
- delle Università degli Studi di Chieti e dell'Aquila, in particolare dei Corsi di Laurea in Scienze Motorie, per le ricerche sulla popolazione scolastica interessata, per lo studio di protocolli di lavoro e per l'eventuale collaborazione degli Studenti universitari che possono essere coinvolti in attività pratiche di tirocinio;
- della Federazione Medico Sportiva Italiana;
- dell'Associazione dei Medici Pediatri.

Per le indagini statistiche e le ricerche sulla popolazione scolastica interessata si attueranno dei protocolli di collaborazione con le Università degli Studi di Chieti e dell'Aquila.

CRONOPROGRAMMA

- Il progetto prevede una prima fase d'informazione rivolta ai Dirigenti Scolastici della Regione sugli obiettivi specifici del progetto. Nel primo anno scolastico essa sarà quanto più possibile anticipata, tenuto conto dei tempi di approvazione e avvio del Piano Regionale della Prevenzione, auspicabilmente prima dell'avvio dell'Anno Scolastico.
- Individuati gli Istituti aderenti al progetto ci sarà una seconda fase di informazione diretta sul personale docente e sulle famiglie (Settembre/Ottobre).
- Contestualmente verranno emanati dei bandi per l'arruolamento del personale Docente esperto in attività motoria per l'infanzia che affiancherà il docente di classe.
- Nei mesi di ottobre e novembre presso le Università coinvolte, in accordo con il CONI Regionale, nell'ambito dell'offerta formativa curriculare, saranno organizzati corsi strutturati sotto forma di Insegnamenti a Scelta dello Studente, rivolti agli studenti del livello magistrale, sulla preparazione tecnica specifica all'insegnamento dell'attività motoria adattata all'età infantile, per garantire futuri professionisti con una più adeguata preparazione di campo.
- Dal mese di novembre, fino al mese di maggio, inizierà un percorso regolare di attività motoria per le classi individuate che parteciperanno al programma, affiancato anche da una valutazione degli stili alimentari e di vita quotidiana dei bambini. I percorsi saranno tenuti da personale tecnico, professionista del settore (Laureati in Scienze Motorie e/o ex ISEF)
- Durante tutto il percorso saranno svolte prove di valutazione, registrate, adeguate all'età che permetteranno di monitorare le capacità dei bambini e il valore del lavoro programmato
- A fine anno saranno organizzati eventi e o manifestazioni ludico/motorie
- Tutto il percorso sarà valutato e testato al fine di consentire un report scientifico dei dati monitorati
- In una fase contestuale o finale, con l'insegnante di classe, potranno essere svolti incontri tra le famiglie, i pediatri, altri esperti delle scienze motorie, per affrontare le eventuali criticità emerse.
- Al termine di ciascun anno ci sarà un seminario a tema, in cui si discuteranno i dati acquisiti e valutati confrontati con la letteratura internazionale.

Alla fine del triennio sarà organizzato un Convegno riassuntivo di tutto il lavoro svolto.

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

	A.S. 2015-2016								A.S. 2016-2017								A.S. 2017-2018																																	
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8														
Informazione rivolta ai Dirigenti Scolastici dei diversi poli scolastici regionali	X									X	X										X	X																												
Informazione diretta sul personale docente e sulle famiglie	X	X											X	X											X	X																								
Arruolamento del personale Docente esperto in attività motoria per l'infanzia	X	X											X	X										X	X																									
Formazione del personale Docente presso le Università in collaborazione con il CONI Regionale		X	X											X	X										X	X																								
Percorso regolare di attività motoria per le classi partecipanti			X	X	X	X	X	X	X						X	X	X	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X	X	X																	
Monitoraggio sull'efficienza fisica dei bambini			X	X	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X						X	X	X	X	X	X																			
Eventi e o manifestazioni ludico/motorie di fine anno scolastico									X																																			X						
Seminario a tema, con la presentazione dei dati acquisiti										X	vacanze																																	X	vacanze					
Stesura report scientifico conclusivo																																												X	X	X				
Convegno conclusivo del programma triennale																																														X				

ANALISI DEI RISCHI

Il Progetto non ha grandi elementi di rischio poiché si rivolge ad una popolazione scolastica attiva ed inesauribile che, di anno in anno, si rinnova e consente una programmazione ed una valutazione continua.

La necessità di intervenire in questa particolare fascia di età precoce, prima e seconda classe, delicata e complessa per le caratteristiche morfo-funzionali, da poco spazio a possibili elementi di rischio sia interni che esterni.

Possibili rischi sono legati prevalentemente alla parte organizzativa/amministrativa, in particolare alle difficoltà di gestire l'arruolamento degli esperti di educazione motoria e alla disponibilità di risorse economiche sufficienti per la loro remunerazione. Tale evenienza si potrebbe ripercuotere sul concreto e completo svolgimento dell'azione in tutte le scuole richiedenti.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Biddle SJ, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med.* 2011 Sep;45(11):886-95.
2. Casolo F. Lineamenti di teoria e metodologia del movimento umano. Vita e Pensiero. 2002
3. Comitato di esperti sulla ricerca in materia di Sport – Consiglio d'Europa. EUROFIT. Manuale per i tests EUROFIT di efficienza fisica. Edizione a cura dell'ISEF statale di Roma. Roma: 1993
4. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Promuovere la Salute a Scuola dall'evidenza all'azione. 2010.
5. Istituto Superiore di Sanità (ISS). OKkio alla Salute. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/pdf/>. Risultati preliminari rilevazione 2014 consultato in data 11 maggio 2015.
6. Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012. Area di intervento 2.9.3. "Incremento dell'attività fisica nella popolazione infantile" Relazione Finale Progetto Movimentiamoci. Dicembre 2013.
7. Pieron M. Metodologia dell'insegnamento dell'educazione fisica e dell'attività sportiva. Società Stampa Sportiva. 1989
8. Scatigna M, Izzicupo P, Di Gregorio MR, Di Iorio P, Di Baldassarre A, Marconi MM, Agostini T, Vinciguerra MG. Incrementare i livelli di attività fisica nei bambini abruzzesi: finalità ed estensione del progetto regionale "Movimentiamoci". Le sfide della Promozione della Salute dalla Sorveglianza agli Interventi sul territorio. Piano Guadagnare Salute. Venezia 21-21 giugno 2012.
9. Schmidt RA, Wrisberg CA. Apprendimento motorio e prestazione. Società Stampa Sportiva. 2000
10. Sibley BA & Etnier JL. The relationship between Physical Activity and Cognition in children: a meta-analysis. *Pediatric Exercise Science.* 2003; 15: 243-256.
11. Sotgiu P, Pellegrini F. Attività motorie e processo educativo. Società Stampa Sportiva. 2003
12. Telama R, Yang X, Viikari J, Valimaki I, Wanne O, Raitakari O. Physical activity from childhood to adulthood. A 21-year Tracking Study. *Am J Prev Med* 2005; 28(3): 267-273.
13. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Ed. McLennan N & Thompson J. Quality Physical Education (QPE) – Guidelines for Policy Makers. ISBN 978-92-3-100059-1. 2015.
14. WHO. Promoting Physical Activity in Schools: an important element of a Health-Promoting School". WHO Information series on school health; document 12 - WHO, 2007 ISBN 978 92 4 159599 5.

Azione n.3. SCHOOLWIDE PHYSICAL ACTIVITY. Approccio ecologico per l'incremento dell'attività fisica nel *setting* scolastico

BREVE DESCRIZIONE

L'attività fisica è protettiva già in età evolutiva nei confronti dei fattori di rischio associati alle più frequenti patologie cronico-degenerative ed è predittiva di uno stile di vita attivo e dei relativi vantaggi di salute in età adulta [NICE, 2008; Biddle&Asare, 2011]. Studi di sorveglianza e revisioni sistematiche rivelano prevalenze di sovrappeso e obesità nei bambini italiani tra le più alte in Europa che, peraltro, in alcune regioni dell'Italia meridionale (tra cui l'Abruzzo) raggiungono valori complessivi prossimi o superiori al 40 % [ISS, 2015; IASO, 2014; Turchetta et al, 2012]. Preoccupante è, anche, il trend involutivo delle capacità motorie aerobiche e anaerobiche health-related registrato nelle generazioni successive di bambini dei Paesi sviluppati [Tomkinson, 2007; Filippone et al, 2007].

La promozione dell'attività fisica nei bambini è, dunque, una priorità per la sanità pubblica e, per questo, dagli anni '90 si sono evolute linee guida stilate da istituzioni scientifiche di area scientifica sportiva e sanitaria. Esse, sinteticamente, raccomandano che bambini e adolescenti svolgano attività fisica di intensità almeno moderata per 60 minuti o più, tutti i giorni e che una parte di queste, per 2-3 volte alla settimana, siano attività in grado di migliorare la forza e la resistenza muscolare, la flessibilità e la densità ossea [Smith & Biddle, 2008; WHO, 2010].

La scuola è stata riconosciuta come *setting* privilegiato per il raggiungimento di tali livelli raccomandati in quanto, dopo l'ambiente domestico, è il luogo dove tutti i bambini passano la maggior parte del tempo. Essa dovrebbe essere globalmente orientata a tale obiettivo privilegiando un approccio sistemico ed ecologico al problema, che consideri tutte le componenti della scuola promotrice di salute e attraverso modifiche all'ambiente di vita del bambino [WHO, 2007; Rink et al, 2010].

La presente Azione, rivolta alle scuole primarie, si propone di realizzare un programma scolastico '*comprehensive*' per l'incremento del livello di attività fisica complessivo dei bambini, il miglioramento della loro efficienza fisica e la riduzione del sovrappeso. Esso comprenderà non solo l'educazione motoria, ma anche momenti attivi prima e dopo la scuola (es. piedibus), intervalli ricreativi quotidiani (*playtime* o *recess*), *breaks* attivi in classe; apprendimento di altri contenuti disciplinari attraverso il movimento, integrazione con la comunità in cui i bambini vivono, partecipazione dei genitori (compiti di educazione motoria a casa), diffusione delle linee-guida internazionali.

Particolare attenzione sarà riservata al '*playtime*', cioè il tempo dedicato al gioco attivo nella scuola (es. ricreazione): esso non solo permette di integrare l'attività fisica quotidiana fino a raggiungere i livelli raccomandati [Ridgers et al, 2006], ma è risultato associato allo sviluppo di *skills* psicosociali, a una più facile gestione degli alunni al rientro in classe e a un migliore rendimento scolastico [Rink et al, 2010].

Una modalità operativa per aumentare il *playtime* consiste nell'allestimento di aree di gioco con la tecnica del '*playground marking*': si tratta di dipingere la superficie di un'area dedicata come un cortile, un campo ma anche spazi interni adeguatamente grandi, con delle forme colorate sulle quali i bambini vengono lasciati liberi di giocare. Nel *playground* possono essere riprodotte forme geometriche (quadrati, triangoli, cerchi, linee continue, ecc.), simboli (lettere, numeri, punteggiatura, ecc.), immagini (animali, piante, carte geografiche, strade, ecc.), orme (di mani, di piedi, di umani di animali) sui quali o intorno ai quali i bambini possono muoversi camminando, correndo, saltando.

Le attività possono essere ispirate a giochi definiti sui quali i piccoli vengono formati con istruzioni ben precise, ma dopo alcune settimane, essi possono liberamente inventare i 'loro' giochi sviluppando in questo modo la creatività motoria. A questo scopo possono essere utilizzati dei materiali (*cards*, quaderni, manuali) con schemi e regole di gioco per ogni tipologia di marcatura/disegno insieme a dei poster da tenere nella scuola che riproducono la planimetria del *playground*. Può essere anche lasciata un'area libera dalla marcatura, in cui gli alunni possono riportare autonomamente dei disegni creati da loro, in modo da esaltare le abilità divergenti. Il *marked playground* può essere utilizzato durante la ricreazione, la pausa pranzo o pause pomeridiane e deve costituire una attività routinaria programmata nell'orario scolastico quotidiano.

Anche gli insegnanti delle discipline curriculari hanno molti modi per permettere agli alunni di fare un po' di movimento in classe: per esempio quando si passa da un argomento all'altro si può fare qualche attività motoria (*break*) e questo può aiutare anche nell'apprendimento ('ginnastica del cervello' come 'collegare', 'attivare il pulsante cerebrale', 'scivolare lentamente', 'energizzare') [Rink et al, 2010].

EVIDENZE DI EFFICACIA

Riguardo all'attività fisica, secondo una revisione sistematica *Cochrane*, sono da incoraggiare in sanità pubblica gli interventi finalizzati a promuovere l'attività fisica a scuola.

Tali interventi dovrebbero essere centrati sulla promozione di atteggiamenti positivi nei confronti dell'attività

fisica e adatti al livello di sviluppo dei partecipanti; gli insegnanti e il personale scolastico tutto dovrebbero essere incoraggiati ad avere un ruolo attivo attraverso l'impegno concreto in attività fisica durante la giornata scolastica, e questo potrebbe rendere necessari cambiamenti drastici nell'ambiente di lavoro (insegnamento e lavoro amministrativo); il coinvolgimento dei genitori dovrebbe essere una parte integrante dell'intervento scolastico; dovrebbe essere posta più enfasi sulla promozione dell'attività fisica all'interno dei programmi di salute scolastica (per esempio dando all'attività fisica la stessa priorità rispetto ad altri comportamenti dello stile di vita); il personale sanitario dei servizi di sanità pubblica dovrebbe lavorare in collaborazione con gli insegnanti, le scuole e le autorità locali nell'aumento delle risorse destinate alla promozione dell'attività fisica a livello scolastico [Dobbins et al, 2009].

In studi randomizzati controllati è stato verificato che tale tipo di intervento è risultato efficace nella riduzione dell'adiposità e dell'aumento dell'efficienza fisica dei bambini coinvolti [Kriemler et al, 2010]. A livello internazionale programmi strutturati basati sull'incremento del *playtime* provengono dall'Inghilterra, dal Galles, dagli Stati Uniti, dall'Olanda [BHF, 2001; Welsh Assembly Government, 2002; *Peaceful Playgrounds*, 2014]. In particolare, sono stati realizzati studi con disegno epidemiologico controllato e anche randomizzato che hanno riscontrato effetti positivi a medio e lungo termine dell'allestimento dei *marked playgrounds* [Stratton, 2000; Ridgers et al, 2007; Janssen et al, 2013].

EVIDENZA DI SOSTENIBILITÀ

Una delle criticità più rilevanti e più spesso evocate in Italia per l'incremento dell'attività fisica scolastica, specie nelle scuole primarie, è la carenza di personale di ruolo qualificato e di strutture adeguate. Tuttavia, nell'ottica della promozione della salute, bisogna puntare a educare i bambini, futuri adulti, a considerare l'attività fisica non relegata alle attività organizzate (educazione motoria, sport) ma quale elemento permeante l'esperienza quotidiana in tutte le sue componenti, dal trasporto attivo, alle attività lavorative, a quelle ricreative.

Per questo è irrinunciabile il coinvolgimento di tutto il personale scolastico – anche amministrativo, delle famiglie e delle comunità (attraverso il piedibus, l'educazione sanitaria degli adulti significativi sulle linee guida e i compiti di educazione motoria) [Rink et al, 2010].

Uno dei più importanti punti di forza del progetto sta nel fatto che le attività saranno strutturate e riproducibili - grazie a modelli e materiali che saranno prodotti con l'attività dei tutors arruolati e che rimarranno patrimonio diffusibile su larga scala.

La promozione di stili salutari in età adulta nel contesto lavorativo (personale scolastico e genitori), nell'età anziana (i nonni che possono diventare supervisori di attività come il Piedibus, l'utilizzazione degli spazi scolastici in orario extra-scolastico, l'organizzazione di gruppi di cammino familiari, lo svolgimento di compiti di educazione motoria a casa) aumenteranno l'empowerment dei soggetti e la sostenibilità degli interventi nel tempo in autonomia

L'utilizzazione di reti di comunicazione e strumenti (siti *web*, *social network*, telefonia) e condivisi in modo universale renderà l'intervento economico sul piano della spesa materiale (stampa limitata) e grande diffusività e quindi maggiore popolazione raggiunta

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Al fine di verificare l'impatto dell'Azione sulla salute dei giovani e sulle caratteristiche del *setting* scolastico, potranno essere utilizzati sistemi di sorveglianza già presenti a livello nazionale/regionale riferiti all'età evolutiva, in particolare quelli del progetto OKkio alla Salute.

Tuttavia, sarebbe auspicabile valutare anche le modifiche riguardanti l'efficienza fisica nei bambini attraverso la raccolta ad hoc delle performance ai test motori di valutazione per l'età evolutiva correntemente utilizzati nella pratica dell'educazione motoria e nella ricerca epidemiologica (Test della Batteria Eurofit [Manuale EURO-fit, 1993]).

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

L'Azione si pone in contrasto con le disuguaglianze di salute, sulla base delle seguenti aspettative:

- incremento del numero di bambini che, nei territori coinvolti, raggiungono i livelli raccomandati di attività fisica quotidiana, con conseguente miglioramento dei livelli di salute e di forma fisica e il rafforzamento di *skills* psico-sociali. Tali opportunità saranno equamente fruibili da tutti i bambini, permettendo di superare le disuguaglianze di tipo culturale e socio-economico delle famiglie al contrario dell'attività motoria extra-scolastica a pagamento più probabilmente accessibili dai ceti più benestanti;
- presenza sul territorio di scuole in cui sono state concretamente realizzate le modifiche ambientali e organizzative con conseguente miglioramento del lavoro scolastico in termini di gestibilità delle classi e rendimento scolastico;
- disponibilità di un modello di *playground* - planimetria e manuali di utilizzo - facilmente riproducibile in spazi idonei e in modo permanente a fronte di una spesa relativamente contenuta. In altri termini, l'istituzione scolastica, i servizi sanitari, le municipalità, le associazioni potranno riprodurre il *marked playground* in altri spazi con costi contenuti di allestimento e manutenzione, visto che non ci sono

strutture verticali come altalene, scivoli ecc. che necessitano di maggiore cura. Allestire *playgrounds* uguali o simili a quello scolastico in altri ambienti frequentati dai bambini, per esempio nei giardini comunali, permetterebbe loro di ritrovare gli stessi schemi di gioco e amplificherebbe l'effetto virtuoso, inquadrando l'intervento pienamente in una logica intersettoriale ed ecologica.

- integrazione scuola-famiglia-comunità. Alcune delle forme marcate possono essere riprodotte direttamente dai bambini anche fuori dalla scuola, per esempio con il gessetto nel cortile sotto casa, o con l'intervento dei genitori e questo può costituire un utile strumento per incrementare il tempo di movimento giornaliero. I genitori possono partecipare direttamente alle fasi di messa in opera o supervisione del *playground*.

OBIETTIVI SPECIFICI e loro articolazioni

AB.2.4 – Aumentare i livelli di Attività Fisica quotidiana nei bambini offrendo occasioni di movimento durante e fuori dall'orario curricolare (*marked playgrounds*, *breaks* attivi, *pedibus*).

AB.2.5 – Creare un ambiente di vita quotidiana (scolastico e non) favorevole al gioco attivo.

AB.2.6 – Diffondere le raccomandazioni per l'attività fisica e il comportamento sedentario in adulti significativi (genitori, insegnanti, altro personale scolastico).

La presente Azione è finalizzata a migliorare la salute e la forma fisica di bambini in età scolare aumentando i livelli di attività fisica svolta quotidianamente nel *setting* scolastico, attraverso i seguenti obiettivi specifici:

1. Allestire e rendere *routinaria* l'utilizzazione dei *marked playgrounds* nelle scuole interessate dall'intervento, massimizzando la fruizione da parte dei bambini durante l'orario scolastico ed extrascolastico.
2. Organizzare e portare a regime quotidiano il trasporto attivo verso e dalla scuola (*pedibus*) mediante la collaborazione con la polizia municipale e le famiglie.
3. Favorire l'inserimento del movimento e l'interruzione del comportamento sedentario nelle ore curricolari attraverso l'inserimento di *breaks* attivi e attività per l'apprendimento di altre discipline centrate sul movimento.
4. Incrementare i livelli di attività motoria extrascolastica mediante i 'compiti motori' a casa.
5. Promuovere lo stile di vita attivo presso gli adulti significativi attraverso la diffusione delle linee guida per i livelli raccomandati di attività fisica e sedentarietà in età evolutiva e adulta.
6. Fornire alla comunità (famiglie, municipalità, per es.) uno strumento facilmente riproducibile in spazi alternativi (es. cortile di casa, parchi gioco comunali) ottenendo una amplificazione dell'effetto.

TARGET

Finale: Alunni di Scuola Primaria

Intermedi: Insegnanti, altro personale scolastico, genitori, operatori sanitari

SETTING

Scuola

INTERSETTORIALITÀ

L'azione potrà essere realizzata sulla base della collaborazione con le Autorità Territoriali Locali (i.e. Comuni) sia per l'allestimento dei *playgrounds* nelle aree scolastiche e periscolastiche, sia per l'organizzazione dei percorsi e delle fermate del *Piedibus*.

Inoltre, per la progettazione dei materiali e la verifica dei livelli di efficienza fisica sarà opportuno il coinvolgimento di esperti dell'area delle Scienze Motorie, in particolare delle Università e delle Associazioni Sportive territoriali.

INDICATORI

Indicatori di Processo (Fonte Regione Abruzzo)

Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Numero di scuole-intervento arruolate che hanno allestito i <i>marked playgrounds</i>	0%	5%	5%	10%

Proporzione di classi su quelle presenti negli istituti scolastici allestiti che utilizzano almeno tre giorni alla settimana i <i>playgrounds</i>	0%	10%	20%	25%
Proporzione di scuole-intervento arruolate che offrono il servizio piedibus	0%	5%	10%	10%
Proporzioni di classi inserite nell'intervento nelle quali vengono inseriti <i>breaks</i> attivi e attività interdisciplinari movimentate	0%	5%	10%	15%
Numero di proposte accolte dagli enti locali e/o altri soggetti (Comuni, parrocchie, associazioni) per la riproduzione in spazi idonei dei <i>marked playgrounds</i>	0%	Almeno un Comune nella Regione	Almeno due Comuni nella Regione	Almeno un Comune per ciascuna delle 4 Province

Indicatori di Esito (Fonte Regione Abruzzo)

Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di bambini arruolati nell'intervento che migliorano il punteggio ai test per le capacità motorie sul totale dei partecipanti nelle scuole-intervento	-	20% (dei bambini arruolati)	30% (dei bambini arruolati)	30% (dei bambini arruolati)

ATTIVITÀ

Azioni Preliminari

- Verranno selezionati tutors '*senior*' (a livello Regionale si occuperanno della progettazione dei materiali, della definizione dei metodi e strumenti di valutazione) e tutors '*junior*' (a livello locale si occuperanno della formazione e dell'assistenza degli insegnanti-supervisor, della raccolta dati per la valutazione raccordandosi con i tutors senior).
- Saranno arruolate le scuole 'intervento'. Successivamente, avverrà la messa in opera nel cortile / campo mediante la pittura della superficie. Il *marked playground* sarà utilizzato in presenza di un 'supervisore' responsabile che può coincidere con l'insegnante o con personale indicato dalla scuola allo scopo. Sulla base di esempi del settore sarà prodotto e distribuito agli insegnanti un manuale su "Sicurezza nel *marked playground*" e "Istruzioni per l'uso del *marked playground*" [Hellison, 2003; Thompson et al, 2007];
- Saranno pianificate nel dettaglio e condivise con le singole scuole-intervento le seguenti attività: percorsi piedibus; *breaks* attivi in classe; compiti motori a casa; educazione sanitaria degli adulti significativi (insegnanti e altro personale scolastico; genitori).
- Saranno anche prodotti i materiali strumentali a tali attività come *workbooks* e linee guida basate sulle raccomandazioni internazionali relative ad attività fisica, comportamenti sedentari e alimentazione nei bambini di questa fascia di età.

Azioni sul campo

- Verranno rilevati i dati *baseline* relativi ai livelli di attività fisica giornalieri raggiunti dai bambini e ai test motori;
- Saranno realizzate attività di educazione sanitaria e diffusione delle linee guida a favore di genitori, docenti e altro personale della scuola;
- Sarà attivato il servizio di piedibus
- Sarà avviata e portata a regime l'utilizzazione del *marked playground* durante gli orari stabiliti con tutoraggio ai supervisor da parte di personale del progetto (tutors locali);
- Saranno inseriti nello svolgimento delle lezioni in classe i *breaks* attivi da parte degli insegnanti formati;
- Verranno rilevati i dati relativi al 1° follow-up (risultati a breve termine).
- Allo scadere della seconda annualità, le scuole proseguiranno autonomamente la fase operativa, senza tutoraggio.

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

		A.S. 2015-2016								A.S. 2016-2017								A.S. 2017-2018																							
		9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8				
Marked playgrounds	Selezione tutors senior e junior	X	X																																						
	Arruolamento scuole intervento	X	X	X																																					
	Progettazione playgrounds e adattamento planimetria	X	X	X	X										X	X	X										X	X	X												
	Ideazione e pubblicazione Playgrounds-Handbook			X	X	X																																			
	Messa in opera playgrounds					X	X									X	X											X	X												
	Formazione dei supervisori																X												X												
	Incontri insegnanti e famiglie																X												X												
	Utilizzo playgrounds																												X	X	X	X	X	X					X	X	
	Raccolta dati baseline							X	X	X																															
Raccolta dati follow-up																																									
Trasporto attivo verso e dalla scuola (pedibus)	Contatti con le autorità municipali	X												X													X														
	Allestimento piano operativo pedibus	X	X											X	X												X														
	Addestramento adulti accompagnatori			X											X												X														
	Incontri formazione famiglie e altri stakeholders			X											X												X														
	Erogazione servizio pedibus				X	X	X	X	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Movimento nelle ore curricolari (breaks attivi)	Ideazione Breaks-Handbook	X	X	X																																					
	Formazione insegnanti			X										X													X														
	Utilizzo breaks attivi in classe				X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Attività extrascolastica ("compiti motori" a casa)	Ideazione Homework-book	X	X	X	X	X	X																																		
	Formazione insegnanti					X								X													X														
	Inserimento compiti motori a casa					X	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Diffusione delle linee guida presso gli adulti significativi	Produzione materiale e informativo linee guida e Ideazione proposte operative per gli adulti	X	X	X	X																																				
	Incontri formativi per adulti significativi (insegnanti, familiari, personale scolastico)				X										X												X														
	Realizzazione proposte sul campo (es. in ufficio, a casa)				X	X	X	X	X	X						X	X	X	X	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Riprodurre il playground in spazi alternativi (es. comunali)	Contatti con enti e altre istituzioni locali, associazioni e altre organizzazioni										X	X																								X	X				
	Allestimento aree marked in zone extra-scolastiche													X	X	X	X	X	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X						

ANALISI DEI RISCHI

- L'assenza di aree adeguate per l'allestimento dei playground scolastici o periscolastici;
- La difficoltà di inserimento delle attività di gioco attivo nell'orario scolastico anche rispetto alla scansione della pausa pranzo;
- L'assetto urbanistico del territorio servito dalla scuola e la conseguente difficoltà nel definire percorsi sostenibili e sicuri per il servizio piedibus;
- La limitata disponibilità del personale scolastico (docente e non) a proseguire nell'azione di supervisione del gioco attivo in autonomia, dopo la fase di avvio tutorata;
- La reticenza dei genitori al cambiamento organizzativo nel trasporto attivo da e per la scuola e nell'impegno dei compiti motori a casa;
- La limitata disponibilità degli insegnanti a utilizzare i momenti di break attivo in classe.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Biddle SJ & Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med.* 2011 Sep;45(11):886-95.
2. British Heart Foundation (BHF). Active Playgrounds. A Guide for Primary Schools. Active School. BHF 2001.
3. Comitato di esperti sulla ricerca in materia di Sport – Consiglio d'Europa. EUROFIT. Manuale per i tests EUROFIT di efficienza fisica. Edizione a cura dell'ISEF statale di Roma. Roma: 1993
4. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD007651. DOI: 10.1002/ 14651858. CD007651 .
5. Filippone B, Vantini C, Bellocchi M et al. Trend secolari di involuzione delle capacità motorie in età scolare. Studio Longitudinale su un campione regionale italiano. *SDS – Scuola dello Sport / Rivista di cultura sportiva*; 72, marzo 2007: 31-41.
6. Hellison D. Teaching responsibility through physical activity. (2nd ed.). Champaign IL: Human Kinetics, 2003.
7. International Association for the Study of Obesity (IASO). Prevalence of overweight in children around the Globe. www.iaso.org/site_media/library/resource_images/Global_Childhood_Overweight_Feb_2013.pdf consultato in data 1 dicembre 2014.
8. Istituto Superiore di Sanità (ISS). OKkio alla Salute. http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/pdf/Risultati_preliminari_rilevazione_2014 consultato in data 11 maggio 2015
9. Janssen M, Twisk JW, Toussaint HM et al. Effectiveness of the PLAYgrounds programme on PA levels during recess in 6-year-old to 12-year-old children. *Br J Sports Med.* 2013 Jan 4.
10. Kriemler S, Zahner L, Schindler C et al. Effect of school based physical activity programme (KISS) on fitness and adiposity in primary schoolchildren: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2010 Feb 23;340:c785.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence of United Kingdom (NICE). Promoting physical activity for children: Review 1 – Epidemiology. Revised July 2008.
12. Peaceful Playgroundstm www.peacefulplaygrounds.com/recognition.htm consultato in data 1 dicembre 2014.
13. Ridgers ND, Stratton G, Fairclough SJ, Twisk JWS. Long-term effects of a playground markings and physical structures on children's recess physical activity levels. *Preventive Medicine.* 2007; 44: 393–397.
14. Ridgers ND, Stratton G, Fairclough SJ. Physical Activity Levels of Children during School Playtime. *Sports Med.* 2006; 66(4).
15. Rink J, Hall T, Williams L. Schoolwide Physical Activity: A Comprehensive Guide to Designing and Conducting Programs. Champaign, IL: Human Kinetics. 2010.
16. Smith A, Biddle SJH. Youth Physical Activity and Sedentary Behaviour. Challenges and Solutions. Human Kinetics. 2008. Champaign IL USA.
17. Stratton G. Promoting children's physical activity in primary school: an intervention study using playground markings. *Ergonomics* 2000; 43 (10): 1538-46.
18. Thompson D, Hudson SH, Olsen HM. S.A.F.E. Play Areas: Creation, Maintenance, And Renovation. Champaign IL: Human Kinetics, 2007.
19. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva. 2010. ISBN 978 92 4 159 997 9.
20. WHO. Promoting Physical Activity in Schools: an important element of a Health-Promoting School". WHO Information series on school health; document 12 - WHO, 2007 ISBN 978 92 4 159599 5.

Azione n.4. SANA ALIMENTAZIONE PER UNA SCUOLA IN SALUTE

BREVE DESCRIZIONE

Le malattie cronic-degenerative hanno in comune alcuni fattori di rischio legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari, modificabili ma fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora, come ad esempio i comportamenti alimentari scorretti. Le abitudini alimentari non corrette si instaurano spesso già durante l'infanzia o l'adolescenza e possono contribuire all'eccesso ponderale.

L'obesità e il sovrappeso in età infantile sono fenomeni in costante aumento a livello mondiale ed hanno implicazioni dirette sulla salute del bambino e rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di gravi patologie in età adulta.

In Abruzzo dalla recente rilevazione Okkio alla Salute 2014 risulta che i bambini abruzzesi di 8-9 anni sono in sovrappeso per il 27,2%, obesi per il 9,2%, mentre i bambini severamente obesi sono il 2,2%. Dalla rilevazione si osserva la persistenza tra i bambini di abitudini alimentari scorrette: il 6,9% dei bambini salta la prima colazione e il 32% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 66,8% fa una merenda di metà mattina non adeguata, mentre i genitori dichiarano che solo il 5,3% dei propri figli consumano le 5 porzioni frutta e/o verdura giornaliere raccomandate e il 37,6% dichiara che i propri figli consumano bevande zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno.

Risulta dunque fondamentale agire nell'ambito del contesto scolastico su bambini e adolescenti, per prevenire comportamenti alimentari scorretti che possano instaurarsi e persistere anche nell'età adulta, favorendo l'adozione di abitudini alimentari salutari.

Nel precedente PRP 2010 – 2012, proroghe 2013 e 2014 sono state progettate ed attuate interventi con insegnanti, alunni e genitori delle classi aderenti, predisposti menù per gli asili nido e scuola dell'infanzia ed attuati incontri con gli operatori food delle mense scolastiche(progetto Comportamenti alimentari) .

Non è stata attuata una raccolta sistematica delle attività eseguite, ma è emersa la criticità della scarsa partecipazione dei genitori.

Lo sviluppo di azioni di promozione della sana alimentazione nel contesto scolastico s'inserisce nel macroobiettivo 2.1 del PNP 2014-2018 "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili" attraverso gli obiettivi centrali:

- Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile (1.3)
- Aumentare il consumo di frutta e verdura (1.7)

EVIDENZE DI EFFICACIA

A livello di letteratura è riconosciuta l'efficacia degli interventi multidisciplinari, scuola, comunità , famiglia per aumentare il consumo di frutta . Il messaggio deve essere relativo al consumo di frutta e non di tipo nutrizionale. Per aumentare il consumo di frutta nelle persona a basso reddito sono previsti interventi educativi da parte di personale formato. (Delgado-Noguera M, Tort S, Martínez-Zapata MJ, Bonfill X Primary school interventions to promote fruit and vegetable consumption: a systematic review and meta-analysis PrevMed 2011 Jul-Aug;53(1-2):3-9 doi: 10 1016/j ypm 2011 04 016 Epub 2011 May 11)

Tra gli interventi di promozione della corretta alimentazione quelli che risultano di maggiore efficacia (strong evidence) sono gli interventi multicomponente ovvero quelli che combinano, riguardo il consumo di frutta e verdura, l'aumento della disponibilità di frutta e verdura con educazione nutrizionale fornita da un'insegnante, dove ci sia il coinvolgimento di almeno 1 genitore. (Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. British Journal of Nutrition / Volume 103 / Issue 06 / March 2010, pp 781-797. Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, et al.)

Inoltre le azioni, rivolte sia ai bambini sia alle famiglie, che sembrano avere maggiore efficacia mirano a: ridurre il consumo di bevande gassate zuccherate (forza della raccomandazione strong, grado di evidenza a supporto high); consigliare il consumo della prima colazione (forza della raccomandazione strong, grado di evidenza a supporto moderate); limitare la dimensione delle porzioni di cibo assunte (forza della raccomandazione strong, grado di evidenza a supporto high). (Prevention and Management of Obesity for Children and Adolescents, July 2013. Health Care Guideline. ICSI.)

EVIDENZA DI SOSTENIBILITÀ

Le attività proposte sono sostenibili nel tempo in quanto la formazione di un gruppo di formatori *ad hoc* garantirà negli anni incontri annuali con gli insegnanti.

La formazione dei formatori è ripetuta annualmente al fine di arruolare nuovi formatori e garantire eventuali sostituzioni.

Le attività nelle classi saranno svolte prevalentemente dagli insegnanti e il personale AUSL sarà disponibile con numero telefonico e strumenti telematici *ad hoc* per supporto ad insegnanti ed incontri con famiglie.

Le linee guida per la ristorazione scolastica rappresentano lo standard per le Ditte che preparano, somministrano e vendono alimenti nelle scuole e sono quindi oggetto di monitoraggio in corso di ispezione alle mense.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

- Report regionale sorveglianza Okkio alla Salute (dati sul consumo di frutta e verdura, colazione adeguata, merenda adeguata, consumo di bevande zuccherate, dei bambini di 8-9 anni)
- Report regionale sorveglianza HBSC (dati sul consumo di frutta e verdura, colazione adeguata, merenda adeguata, consumo di bevande zuccherate, dei ragazzi di 11-15 anni)
- Questionari sulle abitudini alimentari (genitori, alunni)

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

Si segnala che il progetto è orientato alla prevenzione e al contrasto alle disuguaglianze, tenuto conto che il sovrappeso e l'obesità interessano strati socio-economici svantaggiati e che le famiglie a basso reddito consumano meno frutta e verdura.

Il progetto prevede il contrasto alle disuguaglianze tramite:

- formazione del personale sociale dei comuni e degli ambiti sociali mediante progetti educativi *ad hoc* per i soggetti a basso reddito
- possibilità di prendere accordi da parte dei comuni con aziende di produttori agricoli per aumentare l'accessibilità al consumo di frutta e verdura da parte dei soggetti economicamente svantaggiati
- valorizzazione della multiculturalità attraverso la conoscenza e la sperimentazione in classe delle culture alimentari dei paesi di origine dei bambini stranieri e/o con genitori stranieri
- si terrà conto delle differenze culturali anche nelle linee guida regionali sulla ristorazione scolastica
- stesura in più lingue di materiali informativi da distribuire ai genitori per facilitarne la fruizione agli stranieri
- realizzazione di incontri e materiali informativi chiari e comprensibili a tutti i soggetti coinvolti per abbattere le differenze nel grado di istruzione

OBIETTIVI SPECIFICI e loro articolazioni

AB.2.7 – Aumentare la proporzione di soggetti in età evolutiva che adottano comportamenti alimentari sani (consumo di frutta e verdura, riduzione degli snack insalubri, delle bevande zuccherate e dell'uso di sale)

AB.2.8 – Adottare linee guida regionali per la ristorazione collettiva scolastica e per la distribuzione automatica di cibi e bevande nelle scuole

TARGET

Popolazione infantile e giovanile delle scuole dell'infanzia, primaria, media inferiore e media superiore

SETTING

Scuola

INTERSETTORIALITÀ

Istituti scolastici, Uffici Scolastici Regionale e Provinciali, Famiglie, Comuni, Gestori del servizio di ristorazione scolastica, Pediatri, MMG, Servizi ASL, Associazioni produttori agricoli, Istituti alberghieri, Società di distribuzione automatica di alimenti e bevande.

INDICATORI

Indicatori di esito <i>Fonte: Sorveglianza Okkio Alla Salute, Direzione Scolastica regionale.</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
1.7.2. Prevalenza dei bambini (8-9 anni) che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura	51,2 % (somma consumo di frutta + verdura da 2 a 3 porzioni al dì)		55,0%		58,8% (+ 15 %)

Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica Cod. indicatore 1.3.1	0	0	5%	10%	<i>Almeno 10% degli istituti comprensivi regione</i>
---	---	---	----	-----	--

Indicatori di processo (sentinella)		Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
<i>Fonte: Regione</i>						
MACROBIETTIVO 2.1	INDICATORE DI PROCESSO					
Obiettivo 1.3 Promozione del potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) attraverso interventi multidisciplinari rivolti ad insegnanti, famiglie, PLS e MMG	Report di tutte le attività svolte nelle varie azioni	Pluralità di documenti	Raccolta e perfezionamento dati di tutte le attività	50% incontri programmati	100% incontri programmati	Report attività svolte
MACROBIETTIVO 2.1	INDICATORE DI PROCESSO					
Obiettivo 1.3 Adozione di comportamenti alimentari sani	Adozione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica e per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole (indicatore sentinella)	Pluralità di documenti		Valutazione dell'adeguatezza del 50% dei menù scolastici rispetto alle linee di indirizzo nazionali tramite check list <i>ad hoc</i>	Stesura n.2 linee guida regionali (nidi e scuola dell'infanzia)	Stesura n.4 linee guida regionali (scuola primaria, media inferiore e superiore, distribuzione automatica)

ATTIVITÀ

Le azioni del progetto "sana alimentazione per una scuola in salute" sono:

1. Promuovere la life skill e l'empowerment attraverso interventi multidisciplinari rivolti a insegnanti, alunni e famiglie (incontri, formazione, materiale didattico).
2. Promuovere comportamenti alimentari sani (incentivare colazione sana, merenda adeguata, consumo di frutta e verdura, ridurre il consumo di sale eccessivo ed il consumo di bevande zuccherate) tramite interventi nelle classi, nel contesto familiare e ambientale (incontri, formazione, materiale didattico, attività pratiche -laboratori di cucina, percorsi di spesa salutare, integrazione culturale alimentare, orti didattici- aumento dell'accessibilità al consumo di frutta e verdura)
3. Riduzione del consumo di sale e promozione dell'utilizzo di sale iodato nella ristorazione collettiva
4. Adozione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica e per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole, al fine di promuovere e rafforzare gli obiettivi 1, 2, 3.

CRONOPROGRAMMA GENERALE DELL'AZIONE

	2015	2016	2017	2018
1. Promozione del potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) attraverso interventi multidisciplinari rivolti ad insegnanti e famiglie	X	X	X	
2. Promozione di comportamenti alimentari sani con attività nelle classi, nel contesto familiare e ambientale		X	X	X
3. Riduzione del consumo di sale e promozione dell'utilizzo di sale iodato nella ristorazione collettiva	X	X	X	X
4. Adozione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica e per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole		X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

	RISCHI	AZIONI CORRETTIVE
ANALISI DEI RISCHI (indicare gli elementi interni o esterni che possono ostacolare il raggiungimento degli obiettivi)	1. Non adesione di istituti scolastici e delle classi target	Contatti diretti e individuali con dirigenti scolastici e insegnanti (counseling motivazionale su rete scuole promotrici di salute con bollino)
	2. Mancata collaborazione delle insegnanti e turnover insegnanti	Supporto gruppo AUSL e insegnanti referenti
	3. Ridotta presenza dei genitori e degli insegnanti agli incontri	Incontri a domicilio con presenza anche di educatori comunali e incontri in orari scelti dai genitori
	4. Carenza personale dedicato ASL	Individuazione personale ad hoc
	5. Scarse risorse finanziarie ad hoc	Finalizzazione risorse specifiche
	6. Scarsa collaborazione da parte delle ditte di ristorazione scolastica	Inserimento specifiche clausole nelle gare di appalto da parte dei comuni
	7. Scarsa collaborazione da parte dei Comuni	Incentivo città sane

Azione 5. La formazione sui temi del Piano Regionale della Prevenzione da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)

DESCRIZIONE DELL'AZIONE

I MMG e i PLS svolgono già quotidianamente attività di comunicazione e di educazione alla salute per i loro pazienti.

La formazione al colloquio motivazionale breve si fonda sull'apprendimento dei fondamenti e delle abilità del Colloquio Motivazionale, con una maggiore focalizzazione sulle metodologie specifiche per far fronte alle situazioni più critiche, ovvero quelle in cui l'assistito mostra resistenza al cambiamento.

L'azione ha l'obiettivo di fare Formazione a tutti i MMG e i PLS, sul colloquio motivazionale breve, articolata in incontri a piccoli gruppi, ad alta interattività, per massimizzare l'efficacia e da attuare su tre anni per mantenere la sostenibilità e la qualità dei formatori con l'obiettivo di:

1. fornire alcune tecniche e abilità che possono positivamente affiancarsi all'esperienza, alle conoscenze e alle capacità già possedute e consolidate dei professionisti
2. promuovere azioni che mirino a facilitare la modifica di comportamenti inadeguati per la salute.

La modalità didattica è caratterizzata dall'alternanza di momenti teorici, simulazioni, video e discussione, verifiche interattive

L'azione ha inoltre l'obiettivo di aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari e di aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) puntando sulla formazione dei MMG e dei PLS.

Inoltre il Piano Nazionale della Prevenzione mira a mettere in atto attività tese a migliorare la conoscenza del fenomeno degli incidenti domestici e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS e a sviluppare le conoscenze tra i MMG e i PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio.

EVIDENZE DI EFFICACIA

1. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010). A cura di: Scafato E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.
2. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo (OSSFAD)
3. Lancaster T, Stead L. *Physician advice for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev 2004;18(4):CD000165. Review.

SOSTENIBILITA'

Il progetto di formazione sarà effettuato all'interno del piano di Formazione specifica sui temi del Piano Regionale di Prevenzione ricorrendo alla identificazione di progetti formativi che, elaborati annualmente dalla commissione regionale ECM dell'Agenzia Sanitaria Regionale, possono essere svolti nell'ambito dei corsi dell'aggiornamento obbligatorio previsto dagli AA.CC.NN.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

A parte il PASSI e PASSI d'ARGENTO per l'indicatore 6.4.1., non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzati nella programmazione e nel monitoraggio/valutazione dei risultati. L'azione successiva mira proprio a fornire un sistema di sorveglianza ad hoc, tramite la raccolta dati dai MMG e PLS.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

I MMG e PLS hanno probabilità maggiori, rispetto agli specialisti, di raggiungere fasce di popolazione a maggior rischio.

OBIETTIVO SPECIFICO

Definire e qualificare il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta con l'obiettivo di conferire loro motivazioni, conoscenze e abilità (= competenze professionali, anche di comunicazione) adeguate a modificare in modo stabile – mediante un processo educativo svolto in prima persona – i comportamenti sugli stili di vita dei propri assistiti e a migliorare le loro conoscenze in tema di incidenti domestici e di integrazione ambiente-salute.

ATTIVITA'

1. Predisposizione di un Piano di Formazione sui temi compresi nel Piano Regionale di Prevenzione nei quali la formazione dei MMG e PLS possa concorrere al raggiungimento degli obiettivi centrali previsti e che possono essere affrontati secondo questo ordine:

- Formazione all' acquisizione della capacità di effettuare un counselling breve su fumo, alcol e infortuni domestici;
- Formazione all' acquisizione della capacità di effettuare un counselling breve su alimentazione corretta e sedentarietà
- Notifica delle malattie infettive e vaccinazione antinfluenzale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio
- Sviluppo delle conoscenze sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio
- Miglioramento della conoscenza del fenomeno degli incidenti domestici e delle azioni di prevenzione

2. Inserimento del Piano di Formazione predisposto all'interno del piano di Formazione elaborato annualmente dalla commissione regionale ECM dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

3. Formazione dei formatori

4. Realizzazione degli eventi formativi

5. Monitoraggio delle presenze e valutazione del risultato formativo.

TARGET	MMG e PLS			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	L'intervento scaturisce da un accordo fra l'Agenzia Sanitaria Regionale e i sindacati dei MMG e dei PLS della Regione che ribadisce l'importante ruolo dei MMG e dei PLS nelle politiche di prevenzione, mirando all'obiettivo di una co-progettazione di interventi consolidati su evidenza di efficacia e sostenibili.			
Indicatori di Processo Fonte: Ufficio Formazione ASL	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di MMG e di PLS che partecipano a tutti i corsi di formazione previsti nell'annualità di riferimento	0	40%	50%	60%
6.4.1. Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (PASSI-PASSI d'ARGENTO entro 5 anni)	Non rilevato	10%	15%	20%

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno -2018			
	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.
Predisposizione di un Piano di Formazione sui temi compresi nel Piano Regionale di Prevenzione nei quali la formazione dei MMG e PLS è prevista come azione che possa concorrere al raggiungimento degli obiettivi centrali previsti	X				X				X			

Inserimento del Piano di Formazione predisposto all'interno del piano di Formazione elaborato annualmente dalla commissione regionale ECM dell'Agenzia Sanitaria Regionale e realizzazione degli eventi formativi	X				X				X			
Formazione dei formatori	X	X			X	X						
Realizzazione degli eventi formativi		X	X	X		X	X	X		X	X	X
Monitoraggio delle presenze e valutazione del risultato formativo					X				X			

ANALISI DEI RISCHI

La mancata stipula dell'accordo (rischio killer) non permetterebbe la realizzazione del progetto.

Azione 6. Sistema centralizzato di monitoraggio sugli stili di vita attraverso supporto piattaforma gestionale.

BREVE DESCRIZIONE

il progetto si propone di realizzare l'Informatizzazione delle procedure di rilevazione e elaborazione dati relative alle abitudini e ai comportamenti dei pazienti a supporto dell'iniziativa del MMG/PLS. Si tratta di predisporre appositi Sistemi di monitoraggio con strumenti informatici direttamente connessi in "WEB SERVICES" al gestionale di cartella clinica del MMG/PLS. Si intende realizzare un sistema informatico accessibile a tutti i professionisti coinvolti (MMG, spec. Prevenz, ecc) e che consenta, attraverso la corretta alimentazione delle informazioni da parte dei MMG/PLS, di elaborare e monitorare le evidenze statistiche sugli stili di vita in aderenza al PPR 14-18. In tal modo verrà posta in essere la c.d. "PREVENZIONE ATTIVA INTEGRATA" attraverso l'uso di un sistema informatico.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Il progetto si pone quale base strumentale e tecnologica a supporto del sistema di prevenzione e dei suoi principali attori coinvolti (MMG(PLS, servizi di Prevenzione, dipartimento regionale). La soluzione proposta, descritta al punto precedente, assicura la piena rispondenza alle esigenze di monitoraggio e verifica dai risultati e degli obiettivi previsti nell'ambito del PPR 14-18, rilevando in maniera strutturata e distribuita le informazioni di dettaglio relative alle abitudini e ai comportamenti connessi allo stile di vita dei pazienti. Di conseguenza, in forza del rapporto fiduciario del MMG/PLS con la popolazione target, si realizzerà un sistema in grado di garantire una corretta rilevazione delle informazioni di base e gli eventuali allineamenti anagrafici. In tal modo verrà garantita la sicurezza e la verificabilità dei dati e delle relative evidenze di sintesi (report , aggregati statistici, ecc) proprio grazie al particolare ed unico rapporto diretto medico – paziente.

SOSTENIBILITA'

Molti dei MMG operanti in Abruzzo hanno già software pronto per effettuare il data entry e l'estrazione.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Il progetto prevede appositi automatismi di rilevazione attraverso tecnologie WEB Services tra il sistema di rilevazione centrale e i gestionali delle cartelle cliniche del MMG/PLS. Nella fase transitoria d'avvio il sistema di rilevazione, preliminarmente all'implementazione dei WS, sarà accessibile on line con apposite credenziali. Attraverso apposite griglie di rilevazione il MMG/PLS dovrà compilare i campi previsti nel PPR 14-18 che, attraverso gli automatismi in argomento, saranno formalmente validati a livello informatico. Le griglie saranno predisposte sulla base delle esigenze condivise tra gli attori coinvolti nel progetto e saranno la base per il tracciato record di riferimento teso alla definizione di un apposito flusso informativo che il competente servizio regionale provvederà a disciplinare.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

I MMG e PLS hanno probabilità maggiori, rispetto agli specialisti, di raggiungere fasce di popolazione a maggior rischio.

OBIETTIVI SPECIFICI

- 1- Istituzione di gruppo regionale di lavoro per la costruzione delle griglie di rilevazione e monitoraggio dati, propedeutiche alla progettazione degli Add-on che implementino i gestionali dei MMG e PLS, preferenzialmente in collaborazione con altri enti preposti alla raccolta dati, quali ad esempio il Registro Tumori regionale.
- 2- Formazione degli operatori sanitari sulla corretta registrazione del dato
- 3- Avvio delle procedure inerenti le "azioni" da rivolgere alla popolazione target
- 4- Avvio a regime della trasmissione delle informazioni da parte di tutti i medici convenzionati MMG e PLS

ATTIVITÀ

- 1- Realizzazione del sistema informatico di rilevazione dati
- 2- Definizione tracciato record/griglia
- 3- Avvio automatismi in WEB SERVICES tra gestionale di cartella del MMG/PLS e Sistema centralizzato di monitoraggio sugli stili di vita attraverso supporto piattaforma gestionale

- 4- Sperimentazione di esercizio
- 5- Avvio in produzione

TARGET:

Operatori sanitari del Dipartimento della Prevenzione, esponenti della MMG PLS; servizio informatico regionale; servizio epidemiologico regionale, le fasce di popolazione di riferimento afferenti agli specifici progetti.

SETTING

Gli studi dei MMG e PLS quale sede per la raccolta e trasmissione del dato, oltre alle azioni da porre in essere finalizzate all'obiettivo dello specifico tema di prevenzione. Popolazione.

INTERSETTORIALITÀ

MMG,PLS, Dipartimento Regionale , servizio regionale competente per Sanità Digitale, servizi e dipartimenti ASL per la Prevenzione.

INDICATORI DI PROCESSO

- 1- Realizzazione sistema informatico
- 2- Rilevazione informativa
- 3- Validazione dei risultati da parte del gruppo regionale

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.
Istituzione di gruppo regionale di lavoro per la costruzione delle griglie di rilevazione e monitoraggio dati, propedeutiche alla progettazione degli Add-on che implementino i gestionali dei MMG e PLS	X											
Formazione degli operatori sanitari sulla corretta registrazione del dato	X	X										
Avvio delle procedure inerenti le "azioni" da rivolgere alla popolazione target					X	X						
Avvio a regime della trasmissione delle informazioni da parte di tutti i medici convenzionati MMG e PLS							X	X	X	X	X	X
Validazione dei risultati da parte del gruppo regionale											X	X

ANALISI DEI RISCHI DEL PROGETTO

Predisposizione e/o adeguamento dei propri sistemi informatici da parte dei MMG/PLS e trasmissione delle informazioni mediante apposita interfaccia (web service) con i sistemi regionali.

Obiettivo centrale 3.2. Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale.

Azione n.1. Prevenzione del disagio psicosociale: implementazione del programma Unplugged

BREVE DESCRIZIONE

Il programma “Unplugged” è un programma scolastico standardizzato, attuato in diversi paesi europei, basato su un approccio di influenza sociale comprensivo (*comprehensive social influence approach*), mirato alla prevenzione dell’uso di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti.

Questo intervento è realizzato dall’insegnante, dopo una formazione di 20 ore, ed è costituito da 12 unità di un’ora. La continuità dell’intervento su tutto l’anno scolastico e la realizzazione dello stesso attraverso gli insegnanti dei ragazzi produce nei 3 mesi successivi una riduzione nel consumo di tabacco, alcol e sostanze, effetto che con maggior evidenza statistica si mantiene a 12 mesi per alcol e cannabis. Oltre la dimostrata efficacia nel ritardo dell’iniziazione si ottengono importanti risultati nella Formazione del gruppo classe, nella relazione positiva tra allievi ed insegnante, nella riduzione della conflittualità, nella maggiore autoconsapevolezza e autostima e nel rendimento scolastico.

Il modello dell’influenza sociale propone una visione dello sviluppo e dell’apprendimento umano complessa e dinamica, integrando contributi teorici differenti in un insieme organico. Il modello fa riferimento alla teoria dell’apprendimento sociale, all’approccio *life-skills*, al modello *health belief*, alla teoria dell’azione ragionata e a quella delle norme sociali.

Secondo la teoria dell’apprendimento sociale, elaborata da Bandura negli anni Sessanta, la personalità di un individuo si struttura nell’interazione tra ambiente, comportamenti e processi psicologici individuali. Apprendere dall’osservazione è un concetto fondamentale: il soggetto modella i propri comportamenti, atteggiamenti e reazioni emotive osservando quelli degli altri (Bandura, 1977).

L’approccio *life-skills*, pur riconoscendo la complessa interazione tra fattori personali, sociali e ambientali alla base dei comportamenti a rischio, enfatizza le competenze personali come punto focale per gli interventi di prevenzione.

Nel glossario della promozione della salute dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (1998) le *life-skills* vengono definite come “l’insieme delle abilità utili per adottare un comportamento positivo e flessibile e far fronte con efficacia alle esigenze e alle difficoltà che si presentano nella vita di tutti i giorni”.

L’approccio *life-skills* fa riferimento alla teoria del comportamento problematico (Jessor & Jessor, 1977): all’interno dei tre sistemi di influenza psicosociale (personalità, ambiente percepito e comportamento) intervengono fattori di rischio e di protezione, producendo una diversa disponibilità al comportamento problematico.

Il modello *health belief*, sviluppato da Rosenstock (1966) e modificato da Becker (1974), si basa sul concetto per cui la valutazione di rischi e vantaggi percepiti di un comportamento condizionano l’assunzione del comportamento stesso. Di conseguenza fornire informazioni sui rischi legati all’assunzione di sostanze psicoattive può prevenirne l’uso, inducendo atteggiamenti sfavorevoli verso l’uso di sostanze. La teoria dell’azione ragionata, elaborata da Fishbein e Ajzen, sostiene che le intenzioni, alla base del comportamento di un individuo, abbiano due elementi costitutivi: l’atteggiamento dell’individuo verso il comportamento e le norme sociali percepite dall’individuo rispetto al comportamento stesso. L’uso di sostanze viene dunque descritto come una scelta razionale. Il modello sottolinea l’importanza delle intenzioni e della componente normativa nella formazione del comportamento degli individui (Fishbein & Ajzen, 1975).

La teoria delle norme sociali, elaborata da Perkins e Berkowitz (1986), sostiene che il nostro comportamento è influenzato dalle percezioni errate di come gli altri membri del nostro gruppo sociale pensano ed agiscono. La teoria suggerisce che le influenze dei pari si basano più su quello che pensiamo che gli altri credano e facciano (le “norme percepite”) che su proprie convinzioni e azioni (le “norme vere e proprie”). Questo divario tra “percepito” e “reale” può indurre il comportamento a rischio; si può dunque intervenire correggendo le percezioni ed approssimandole ai dati reali.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Unplugged è un programma scolastico per la prevenzione dell’uso di tabacco, alcol e sostanze tra gli adolescenti basato sul modello dell’Influenza Sociale e dell’Educazione Normativa. E’ stato sviluppato e valutato nell’ambito di un progetto multicentrico europeo -The European Drug Addiction Prevention (EU-

Dap) - che ha dimostrato che Unplugged è efficace nel prevenire l'uso di tabacco e cannabis, e gli episodi di ubriachezza nei ragazzi di 12-14 anni. L'effetto è mantenuto per alcol e cannabis ad un anno di follow-up. Il programma è efficace nel prevenire la stabilizzazione dell'uso più che nel promuovere la cessazione.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITÀ

Essendo l'intervento realizzato dagli insegnanti che, una volta formati, restano formatori per sempre, negli anni porterà l'intervento di prevenzione, effettuato negli Istituti Scolastici, a sistema. L'esperienza maturata in questi ultimi anni dimostra che la stretta collaborazione, che si mantiene per tutto l'anno scolastico, fra i referenti ASL del programma, i dirigenti scolastici e gli insegnanti formati contribuisce a mantenere alto il gradimento dell'intervento proposto e quindi ad una tenuta nel tempo. Le attività di monitoraggio previste dal programma e le schede di gradimento elaborate dagli insegnanti e dagli studenti a fine programma garantiscono efficaci correzioni di rotta e un'utile valutazione dei risultati ottenuti.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzabili nella programmazione e nel monitoraggio/valutazione dei risultati. Considerata l'età anagrafica del target il Sistema di Sorveglianza HBSC, attuato ogni 4 anni, potrebbe indirettamente indicarci un impatto dell'intervento sui ragazzi di 13 e 15 anni. L'andamento della copertura dell'intervento viene verificato in una stretta collaborazione fra la Regione Abruzzo e l'Ufficio Scolastico Regionale.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

I contenuti del programma sono rivolti a tutti gli alunni delle classi target. Si tratta di un intervento di prevenzione universale, pertanto un'attività rivolta alla popolazione e non individuale. Inoltre è un'attività di prevenzione che viene svolta all'interno delle ore curricolari e dai propri insegnanti, che sono già ampiamente a conoscenza, trattandosi di alunni della seconda classe della Scuola Secondaria di 1° grado, di eventuali diseguaglianze legate a particolari situazioni familiari o ad assenze da scuole ripetute. Inoltre l'intervento è realizzato per promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) pertanto nello svolgimento dell'intervento stesso sono presenti quelle condizioni che permettono l'affronto e il superamento di eventuali diseguaglianze. Infine la valutazione di efficacia, effettuata con un progetto multicentrico europeo - The European Drug Addiction Prevention (EU-Dap) - ha dimostrato benefici maggiori sui ragazzi delle scuole più svantaggiate.

OBIETTIVI SPECIFICI e loro articolazioni

AB.2.9. - Aumentare la proporzione di popolazione in età adolescenziale in cui sono state intraprese azioni di rafforzamento e consolidamento delle abilità intrapersonali e interpersonali (benessere psicosociale).

AB.2.11. - Diffondere una corretta educazione normativa rispetto alla diffusione dei comportamenti d'abuso e aumentare le abilità di resistenza da parte degli adolescenti nei cfr delle sostanze.

AB.2.12. - Aumentare le conoscenze sui rischi connessi all'uso di sostanze e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze.

I suddetti obiettivi saranno perseguiti perseguendo l'obiettivo operativo di Aumentare gli Istituti Scolastici con alunni che hanno sviluppato fattori di protezione (*life skills, empowerment*)

TARGET

Finali: studenti del secondo anno della scuola secondaria di I grado

Intermedi: operatori socio-sanitari e insegnanti

SETTING

SCUOLA

INTERSETTORIALITÀ

L'intervento scaturisce da una collaborazione fra la Regione Abruzzo e l'Ufficio Scolastico Regionale sancita con l'adozione di un protocollo che ribadisce il ruolo centrale della scuola nelle politiche di prevenzione, mirando all'obiettivo di una co-progettazione di interventi consolidati su evidenza di efficacia e sostenibili. Nella realizzazione dell'intervento i principali portatori d'interesse risultano essere i genitori degli alunni ai quali verrà presentato il programma e ai quali sarà chiesto un convinto sostegno e rinforzo sui contenuti che affronteranno i ragazzi.

INDICATORI

Indicatori di Processo Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di Istituti Scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	0	5%	10%	15%

ATTIVITÀ

- Richiesta di adesione agli Istituti Scolastici e relativa raccolta delle adesioni
- Inserimento del Progetto nei POF degli Istituti Scolastici che aderiscono.
- Corso di formazione di 20 ore per gli Insegnanti mai formati degli Istituti Scolastici che aderiranno
- Svolgimento del progetto nelle classi di 2° media all'interno delle ore curricolari
- Sessione di lavoro fra i formatori ASL e gli insegnanti che partecipano al progetto come supervisione dell'andamento delle attività svolte negli Istituti Scolastici monitoraggio dell'intervento e valutazione di processo

ANALISI DEI RISCHI

- L'autonomia degli Istituti Scolastici circa la scelta delle attività integrative non permette di quantificare la numerosità delle adesioni e l'adesione non garantisce automaticamente una partecipazione al progetto con l'80% delle classi target. Si è pensato di far fronte a questo rischio, avviando un lavoro fra i referenti per le ASL del programma, il Referente per la salute dell'Ufficio Scolastico Regionale e i Dirigenti Scolastici, referenti per la salute Provinciali, per la costituzione di una rete di scuole che promuovono la salute.
- La partecipazione degli insegnanti al programma su base volontaria non garantisce dopo la formazione l'avvio del progetto nelle classi partecipanti. Si è pensato di far fronte a questo rischio prevedendo la possibilità di premiare le scuole che concludono il programma con attrezzature indispensabili per la didattica.

CRONOPROGRAMMA

	Anno Scolastico				Anno Scolastico				Anno Scolastico			
	2015		2016		2016		2017		2017		2018	
	4°t	1°t	2°t.	3°t	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t	1°t.	2°t.	3°t.
Richiesta di adesione agli Istituti Scolastici e relativa raccolta delle adesioni	X				X				X			
Inserimento del Progetto nei POF degli Istituti Scolastici che aderiscono	X				X				X			
Corso di formazione di 20 ore per gli Insegnanti mai formati degli Istituti Scolastici che aderiranno	X				X				X			
Svolgimento del progetto nelle classi di 2° media all'interno delle ore curriculari		X	X			X	X			X	X	
Sessione di lavoro fra i formatori ASL e gli insegnanti che partecipano al progetto come supervisione dell'andamento delle attività svolte negli Istituti Scolastici			X				X				X	

Azione n. 2. PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOSOCIALE: WELL-BEING IS WELL-DOING

BREVE DESCRIZIONE

Il Piano Nazionale della Prevenzione pone l'attenzione sia sui fattori di rischio (status economico e lavorativo, livello di scolarità, standard di vita, salute fisica, coesione familiare, discriminazione, violazione dei diritti umani ed esposizione a eventi avversi come violenza sessuale, abuso e trascuratezza) che possono favorire l'insorgenza di una patologia psichiatrica, sia sui fattori protettivi che aiutano a sviluppare resilienza di fronte ad eventi stressanti e/o traumatici.

La scuola secondaria di primo e secondo grado è "abitata" da soggetti che hanno ormai imparato a definirsi come soggetti attivi e autodeterminati all'interno della propria comunità di riferimento. Vengono sviluppati i primi modelli interni di riferimento rispetto al modello di benessere e salute alla quale il soggetto desidera adattare il proprio stile di vita. In questa prospettiva l'educazione tra pari (o *Peer education*) si qualifica come la strategia più rispettosa delle istanze evolutive, delle caratteristiche psicopedagogiche e delle funzioni cognitive che connotano questa fase del ciclo di vita.

EVIDENZE DI EFFICACIA

A livello fondativo l'educazione tra pari riconosce la centralità del ruolo dei pari nell'ideazione, progettazione e realizzazione di iniziative e interventi per la promozione del proprio benessere psicofisico, relazionale e ambientale a scuola e nel territorio. A differenza di altri modelli di intervento animativi e pedagogico, l'educazione tra pari propone una "rivoluzione di paradigma". Si passa, infatti, dagli adulti esperti ad adulti counsellor e facilitatori di processi; da adolescenti destinatari dell'intervento o addestrati a condurre l'intervento ad adolescenti ideatori e realizzatori autonomi delle proprie iniziative. A livello operativo questo modello propone una struttura contenitore dinamica e flessibile in cui: i pari scelgono i pari; i ragazzi scelgono autonomamente il tema di promozione della salute che vogliono sviluppare e si assumono direttamente la responsabilità delle azioni che intendono realizzare.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITÀ

Gli interventi di educazione tra pari, pur nella differenza del modello di sviluppo utilizzato come riferimento prevedono tutti una sequenza di fasi così programmata: individuazione di una fascia target e selezione dei Peer educator (la selezione è il primo momento di avvio del progetto) e la costituzione e la formazione del gruppo dei Peer educator. Il gruppo con cui si lavora è costituito da soggetti che provengono da classi diverse e che in molti casi non si conoscono. Questa fase è finalizzata a: conoscersi, analizzare le proprie prefigurazioni, contrattare-chiarire e ridefinire la mission, definire progressivamente la propria assunzione di responsabilità e iniziare ad esplorare le rappresentazioni del gruppo e dei singoli Peer educator sull'universo adolescenziale. Nella fase di Progettazione delle azioni, il gruppo è formato e supportato nell'elaborazione di un progetto d'intervento e nella stesura di un piano operativo strutturato per fasi. Al gruppo vengono inoltre proposte possibilità di approfondimenti sui temi scelti come aree su cui progettare le azioni.

La fase di Realizzazione delle azioni nella scuola, prevede che il ruolo degli adulti evolva da conduttore a counsellor: nel primo anno l'animatore adulto ha la funzione di condurre ogni singolo incontro e accompagnare i processi di definizione del gruppo degli educatori tra pari (acquisizione di competenze, sostegno al ruolo, ecc.) mentre nel secondo anno la funzione di counselling si limita a sostenere il passaggio dall'autonomia progettuale all'autonomia operativa. È il gruppo che definisce la domanda di aiuto all'adulto e lo interpella su questioni specifiche da affrontare.

Tale percorso valorizza la costruzione di processi di empowerment tra gli adolescenti quale risorsa primaria per promuovere salute all'interno del proprio sistema di pari. L'approccio degli adulti al sistema di pari non avviene in termini di rischio o pressione, bensì in termini di potenzialità, risorse, competenze.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Questo programma di prevenzione pone le sue basi strutturali su Educazione Razionale-Emotiva (ERE), Life Skills, Intelligenza emotiva (Goleman, 1996) e Resilienza.

L'ERE è una procedura psicoeducativa che mira ad educare l'individuo ad affrontare le proprie emozioni disfunzionali imparando a potenziare la propria capacità di pensare in modo costruttivo e razionale (Di Pietro, Dacomo 2014 in Giochi e attività sulle emozioni, Erikson).

Il modello delle Life Skills, è quello proposto dall'OMS (1993) per aumentare le abilità psicosociali dell'area personale, sociale, interpersonale, cognitiva e affettiva dell'individuo, adottandole quali tecniche

privilegiate per la promozione dell'Educazione alla Salute nell'ambito scolastico.

Nell'ambito del programma, inoltre, sono predisposte azioni per il riconoscimento tempestivo dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale, sistemi per il collegamento dell'adolescente con una rete a lui dedicata nel territorio, la consulenza, la diagnosi e la presa in carico.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

Gli interventi saranno imperniati sull'insegnamento della capacità di definire obiettivi realistici e stimolanti, di affrontare e risolvere problemi, di comunicare in modo più efficace e assertivo, di sviluppare l'autodisciplina, di migliorare le abilità di negoziazione e di cooperazione, di migliorare la capacità di controllo degli impulsi e di promuovere quella di tenere maggior conto delle reazioni emotive degli altri.

- La conoscenza delle proprie emozioni – Consapevolezza di sé: l'autoconsapevolezza o consapevolezza di sé, intesa come la capacità di riconoscere un sentimento nel momento in cui esso si presenta. Comporta la conoscenza dei propri stati interiori: preferenze, risorse e intuizioni.
- Il controllo delle emozioni – Padronanza di sé: la capacità di controllare i sentimenti in modo che essi siano appropriati, o padronanza di sé, che si fonda sull'autoconsapevolezza. Comporta la capacità di controllare i propri stati interiori, i propri impulsi, le proprie risorse.
- La motivazione di se stessi – Motivazione: la capacità di dominare le emozioni per raggiungere un obiettivo ovvero la capacità di ritardare la gratificazione e di controllare gli impulsi. Comporta tendenze emotive che guidano o facilitano il raggiungimento di obiettivi.
- Riconoscimento delle emozioni altrui – Empatia: la capacità di cogliere i sottili segnali sociali che indicano bisogni o desideri altrui. Comporta la consapevolezza dei sentimenti, delle esigenze e degli interessi altrui.
- Gestione delle relazioni – Abilità sociali: abilità nelle relazioni interpersonali. Comportano abilità nell'indurre risposte desiderabili negli altri.
- Questo lavoro di alfabetizzazione emotiva pone le basi per l'obiettivo principale del progetto che è quello di rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali.

OBIETTIVO SPECIFICO

AB.2.9. - Aumentare la proporzione di popolazione in età adolescenziale in cui sono state intraprese azioni di rafforzamento e consolidamento delle abilità intrapersonali e interpersonali (benessere psicosociale).

AB.2.10. – Rafforzare le capacità personali e sociali di resilienza e di empowerment

TARGET

Insegnanti e studenti delle scuole secondarie di Primo e di secondo grado, famiglie (2^a o 3^a I grado e biennio II grado)

SETTING

Scuola

INTERSETTORIALITÀ

Scuola, Operatori Sanitari

INDICATORI

Indicatori di Processo Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di Istituti Scolastici che aderiscono (con almeno l'80% degli alunni) alla progettazione regionale specifica	0	5%	10%	15%
3.2.1. N° Incontri / interventi E.R.E. per gli insegnanti Finalizzati ad aumentare la proporzione di soggetti in età preadolescenziale,	0	Almeno 1 incontri / anno	Almeno 2 incontri / anno	Almeno 2 incontri / anno

adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro un anno dall'insorgenza dei sintomi				
---	--	--	--	--

ATTIVITÀ

Interventi per i Dirigenti Scolastici

Interventi per gli insegnanti

- Si proporranno agli insegnanti dei programmi di educazione razionale-emotiva (ERE) da effettuare con gli alunni, al fine di creare situazioni di apprendimento in cui i ragazzi acquisiscano consapevolezza dei propri stati emotivi e dei meccanismi cognitivi che li influenzano per poi utilizzare queste conoscenze nella vita di ogni giorno.

Interventi per i ragazzi

- All'interno della scuola saranno effettuati degli incontri rivolti agli studenti, al fine di valorizzare le capacità personali dei giovani, in termini di autostima, autoefficacia, resilienza. Gli interventi si svolgeranno sia all'interno delle classi che all'interno di altri spazi scolastici, al fine di accrescere il senso di appartenenza e il rispetto degli studenti per l'ambiente scolastico. Inoltre l'obiettivo è rendere i ragazzi i protagonisti principali del progetto, guidandoli nella realizzazione di attività concrete (mostre, cortometraggi, video musicali, ecc.) attinenti al tema del progetto.

Consulenza, Diagnosi e presa in carico precoce

- Il servizio di Neuropsichiatria Infantile dedicato all'adolescenza, lavorando all'interno della scuola attraverso figure professionali formate per la diagnosi precoce dei disturbi adolescenziali, provvederà, attraverso attività di consulenza ad una diagnosi ed ad una presa in carico precoce degli adolescenti che, sono spesso costretti ad itinerare invano insieme alle loro famiglie in cerca di una comprensione del loro disagio psichico.

Interventi di formazione/informazione per genitori

- Si effettueranno incontri dedicati a genitori sull'adolescenza, per accrescere la cultura di questa complessa fase evolutiva e fornire strategie educative per valorizzare i giovani e comprendere meglio le loro difficoltà

ANALISI DEI RISCHI

Gli elementi interni ed esterni che potrebbero ostacolare il raggiungimento dei valori attesi delle azioni e il raggiungimento degli obiettivi specifici sono:

- Carenza di personale dedicato
- Numero di ore previste insufficienti
- Scarsa disponibilità degli Istituti scolastici
- Bassa partecipazione di insegnanti e famiglie agli eventi formativi.

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

ATTIVITA'	Anno Scolastico				Anno Scolastico				Anno Scolastico			
	2015		2016		2016		2017		2017		2018	
	4°t	1°t	2°t.	3°t	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t	1°t.	2°t.	3°t.
Richiesta di adesione agli Istituti Comprensivi e relativa raccolta delle adesioni	X				X				X			
Inserimento del Progetto nei POF degli Istituti Comprensivi che aderiscono	X				X				X			
Corso di formazione di 20 ore per gli Insegnanti mai formati degli Istituti Comprensivi che aderiranno	X				X				X			
Svolgimento del progetto nelle classi di 2° media all'interno delle ore curricolari		X	X			X	X			X	X	
Sessione di lavoro fra i formatori ASL e gli insegnanti che partecipano al progetto come supervisione dell'andamento delle attività svolte negli Istituti Comprensivi			X				X				X	

Obiettivo centrale 7.6. Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo di competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori.

Azione n.1. LA SCUOLA SI...CURA DEI FUTURI LAVORATORI

DESCRIZIONE

L'attenzione al tema dell'integrazione della cultura della salute e sicurezza sul lavoro nei curricula scolastici risale all'inizio degli anni 2000, quando l'Unione Europea integrava nella propria strategia per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro 2002 – 2006 l'obiettivo del rafforzamento della cultura della prevenzione attraverso l'istruzione e la formazione, preparando i bambini e i giovani alla futura vita lavorativa.

Il D.Lgs. n. 81/08 (Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro) prevede poi l'inserimento nell'attività scolastica di specifici percorsi formativi "trasversali" alle diverse materie scolastiche, volti a favorire la conoscenza di tali tematiche, e il Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 inserisce tra i suoi obiettivi centrali il coinvolgimento dell'istituzione scolastica nello sviluppo di competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori. Tale coinvolgimento rappresenta una strategia concorrente alla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali attraverso l'empowerment dello studente, futuro lavoratore, e anticipa la formazione generale prevista dall'art. 37 del D.Lgs. 81/08.

Nella regione Abruzzo sono state in passato condotte esperienze episodiche, nella forma di incontri tra operatori dei SPSAL e studenti di scuole secondarie superiori ad indirizzo tecnico, finalizzati alla trasmissione di conoscenze specifiche.

Con questa azione (che si inquadra tra le azioni previste dal protocollo di intesa tra Regione Abruzzo e USR) si intende avviare nella regione una strategia che, secondo i principi individuati dall'Unione Europea e ispirandosi a buone pratiche realizzate anche in altre regioni italiane, coinvolga studenti e insegnanti, oltre agli operatori dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) delle ASL, nello sviluppo di competenze chiave orientate alla salute e sicurezza sul lavoro, basato sull'apprendimento orientato all'esperienza e sul dialogo.

Le azioni previste nel Programma n. 8 (Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali) sono orientate prioritariamente ai due comparti produttivi maggiormente problematici nella regione dal punto di vista dei rischi per la salute e la sicurezza: costruzioni e agricoltura. Pertanto, si individuano come target per il progetto le ultime due classi degli istituti tecnici con indirizzo Costruzioni, Ambiente e Territorio, Agraria – Agroalimentare e Agroindustria, e di quelli professionali con indirizzo Servizi per l'agricoltura e lo sviluppo rurale.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Come già evidenziato, il progetto segue i principi ed i criteri individuati dall'Unione Europea (Dichiarazione di Roma sull'integrazione della salute e sicurezza nella formazione scolastica e professionale, 2003), le indicazioni del D.Lgs. n. 81/08 e si ispira a buone pratiche già messe in atto anche in altre regioni italiane.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITÀ

L'intervento sarà realizzato (tranne che per occasionali incontri con operatori SPSAL) direttamente dagli insegnanti formati: le competenze sviluppate dai formatori consentiranno di mantenere nel tempo le attività, portandole a sistema.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Il monitoraggio del progetto (condotto in collaborazione tra la Regione Abruzzo e l'Ufficio Scolastico Regionale) riguarda l'adesione degli istituti scolastici target e, nel loro ambito, il numero di classi degli ultimi due anni coinvolte.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

I contenuti del programma sono rivolti a tutti gli alunni delle classi target di istituti ad indirizzo professionalizzante, formati per l'ingresso nel mondo del lavoro in comparti a particolare rischio per la salute e per la sicurezza.

OBIETTIVO SPECIFICO

AB.2.13. – Aumentare le competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro presso la fascia di

popolazione giovanile prossima all'immissione nel mondo del lavoro, in particolare nei settori produttivi dell'agricoltura, dell'ambiente e dell'edilizia.

Tale obiettivo sarà perseguito supportando la formazione basata sullo sviluppo di competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro degli alunni delle due ultime classi degli istituti tecnici e professionali con indirizzo Costruzioni, Ambiente e Territorio, Agraria agroalimentare e Agroindustria, Servizi per l'agricoltura e lo sviluppo rurale.

TARGET

Alunni delle ultime due classi degli istituti tecnici e professionali con indirizzo: Costruzioni, Ambiente e Territorio, Agraria – agroalimentare e Agroindustria, Servizi per l'agricoltura e lo sviluppo rurale.

SETTING

Scuola

INTERSETTORIALITÀ

L'intervento scaturisce da una collaborazione fra la Regione Abruzzo e l'Ufficio Scolastico Regionale sancita con l'adozione di un protocollo che ribadisce il ruolo centrale della scuola nelle politiche di prevenzione, mirando all'obiettivo di una co-progettazione di interventi consolidati su evidenza di efficacia e sostenibili. Nella realizzazione dell'intervento i principali portatori d'interesse risultano essere i genitori degli alunni ai quali verrà presentato il programma e ai quali sarà chiesto un convinto sostegno e rinforzo sui contenuti che affronteranno i ragazzi.

INDICATORI

Indicatori di Processo Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
7.6.1. Proporzioni di Istituti Scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi degli indirizzi di studio interessati – cfr target) alla progettazione regionale specifica	0	5%	10%	15%

ATTIVITÀ

1. Seminari di illustrazione del progetto rivolti ai dirigenti degli Istituti Scolastici target attivi nella regione e richiesta di adesione
2. Inserimento del Progetto nei POF degli Istituti Scolastici che aderiscono.
3. Corso di formazione di 20 ore con il coinvolgimento nella docenza di operatori SPSAL della ASL competente per territorio, rivolto agli Insegnanti delle ultime due classi degli Istituti che aderiranno
4. Svolgimento del progetto all'interno delle ore curriculari nelle classi coinvolte
5. Incontri diretti tra operatori SPSAL e studenti su richiesta degli insegnanti, per il trasferimento di esperienze maturate nel corso degli interventi di controllo negli ambienti di lavoro
6. Sessione di lavoro fra i formatori ASL e gli insegnanti che partecipano al progetto per il monitoraggio e il supporto alle attività svolte negli Istituti Scolastici coinvolti.

ANALISI DEI RISCHI

- L'autonomia degli Istituti Scolastici circa la scelta delle attività integrative non permette di quantificare la numerosità delle adesioni e l'adesione non garantisce automaticamente una partecipazione al progetto con l'80% delle classi target. Si è pensato di far fronte a questo rischio, avviando un lavoro fra i referenti per le ASL del programma, il referente per la salute dell'Ufficio Scolastico Regionale e i dirigenti Scolastici referenti per la salute Provinciali, per la costituzione di una rete di scuole che promuovono la salute.
- La partecipazione degli insegnanti al programma su base volontaria non garantisce dopo la formazione l'avvio del progetto nelle classi partecipanti. Si è pensato di far fronte a questo rischio prevedendo la possibilità di premiare le scuole che concludono il programma con attrezzature indispensabili per la didattica.

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

	Anno Scolastico				Anno Scolastico				Anno Scolastico			
	2015		2016		2016		2017		2017		2018	
	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.
Seminari di illustrazione del progetto rivolti ai dirigenti scolastici degli Istituti Scolastici target attivi nella regione e richiesta di adesione	X											
Inserimento del Progetto nei POF degli Istituti Scolastici che aderiscono	X				X				X			
Corso di formazione di 20 ore con il coinvolgimento nella docenza di operatori SPSAL della ASL competente per territorio, rivolto agli Insegnanti delle ultime due classi degli Istituti che aderiranno			X				X				X	
Svolgimento del progetto all'interno delle ore curricolari nelle classi coinvolte			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Incontri diretti tra operatori SPSAL e studenti su richiesta degli insegnanti, per il trasferimento di esperienze maturate nel corso degli interventi di controllo negli ambienti di lavoro			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sessione di lavoro fra i formatori ASL e gli insegnanti che partecipano al progetto per il monitoraggio e il supporto alle attività svolte negli Istituti Scolastici coinvolti.			X				X				X	

Obiettivo centrale 8.11. Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare

Azione n.1. Esposizione a campi elettromagnetici a radiofrequenza. Comunicazione sul corretto uso della telefonia cellulare

DESCRIZIONE

L'Azione di 'educazione ambientale: esposizione a campi elettromagnetici a radiofrequenza' si inserisce nell'ambito della riduzione delle esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.

L'obiettivo di salute è quindi 1) costituito dalla consapevolezza del rischio e dalla riduzione dell'esposizione della popolazione, soprattutto dei giovani e dei giovanissimi, alle radiazioni non ionizzanti a radiofrequenza utilizzate nel campo delle comunicazioni elettroniche e in particolare quelle emesse dai telefoni cellulari; 2) altro obiettivo di salute è anche il corretto uso dei telefoni cellulari inteso come prevenzione "del disagio da dipendenza da cellulare" e dell'isolamento dei giovani.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Com'è noto, l'Agencia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), dopo aver esaminato e valutato la letteratura scientifica disponibile in relazione al potenziale rischio cancerogeno associato all'esposizione ai campi elettromagnetici a radiofrequenza, ha classificato tali campi come 'possibilmente cancerogeni per l'uomo' inserendoli nel Gruppo 2B una categoria usata quando un'associazione causale è considerata possibile, ma quando errori o distorsioni nell'uso, non possono essere eliminati ad un grado soddisfacente.

La classificazione è stata basata sui risultati di alcuni studi epidemiologici che mostrano alcune associazioni tra l'uso dei telefoni cellulari e il rischio di tumori cerebrali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si è espressa in favore di ulteriori ricerche giustificate anche dal crescente utilizzo dei telefoni cellulari e dalla mancanza di dati per periodi d'uso maggiori di 15 anni. In particolare, data la popolarità dei cellulari tra i giovani, e quindi un periodo di esposizione potenzialmente più lungo nell'arco della vita, l'OMS ha promosso ulteriori ricerche sui possibili effetti sanitari nei bambini e negli adolescenti.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITÀ

Considerato che per quanto riguarda l'uso dei telefoni cellulari, esistono alcuni semplici accorgimenti che, se attuati, riducono l'esposizione ai campi elettromagnetici a radiofrequenza, è evidente che una corretta informazione rivolta a sensibilizzare la popolazione sul corretto uso dei telefonini sia una delle strategie di intervento più efficaci per la prevenzione e la riduzione delle esposizioni.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Allo scopo di una adeguata informazione ai ragazzi su come utilizzare il telefono cellulare, ARPA, il Laboratorio di Compatibilità Elettromagnetica del Dipartimento di Ingegneria Industriale e dell'informazione e di Economia (DIIE) dell'Università degli Studi di L'Aquila ed il Dottorato di ricerca in "e-learning, development & delivery" del Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento Università Chieti- Pescara, si rendono disponibili a fornire il contributo tecnico-scientifico per definire i contenuti e le modalità più efficaci per la preparazione del materiale informativo destinato al sistema scolastico per l'attività di formazione diretta ai docenti, alle famiglie e per altre eventuali iniziative del caso. Tutte le iniziative saranno valutate e concordate con l'Ufficio Scolastico Regionale dell'Abruzzo – Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e con la competente Sezione Istruzione della Regione.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

Per contrastare i fattori di rischio sono quindi necessari interventi di promozione soprattutto verso i giovani, ma anche verso i bambini, dei sistemi di utilizzo dei telefoni cellulari definiti a 'mani libere' quali gli auricolari o i sistemi viva voce che, allontanando l'antenna dall'utilizzatore, possono ridurre l'esposizione; o di altri sistemi che riducono l'esposizione, come l'utilizzo dei messaggi di testo al posto delle conversazioni o, ancora, l'accorgimento di telefonare da posizioni che assicurino un buon segnale e quello di non tenere il cellulare vicino a sé quando non lo si usa.

OBIETTIVO SPECIFICO

AB.2.14. - Sensibilizzare la popolazione, soprattutto pediatrica, sul corretto uso della telefonia cellulare.

TARGET

Giovani e giovanissimi.

SETTING

Scuola e Comunità sociale.

INTERSETTORIALITÀ

Uffici della competente Direzione Scolastica Regionale – Laboratori Territoriali Provinciali - Nodi Centri Educ Ambient Abruzzo - Università Chieti- Pescara Dottorato di ricerca in “e-learning, development & delivery” Dipartimento di Medicina e Scienze dell’Invecchiamento,

Università degli Studi di L’Aquila, Laboratorio di Compatibilità Elettromagnetica, Dipartimento di Ingegneria Industriale e dell’informazione e di Economia, Stakeholders (aziende produttrici e gestori).

INDICATORI

Indicatori di Processo Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Progettazione e produzione di materiale divulgativo ed educativo sul corretto uso dei telefoni cellulari	Non presente	Materiale distribuito	Materiale distribuito	Materiale distribuito
8.11.1. Interventi di promozione del corretto uso del telefono cellulare con particolare riferimento al target di età pediatrica		Progettazione e realizzazione dei corsi	2	2

Attività principali

- Analisi dell’esistente: realizzazione di un questionario autosomministrato
- Progettazione e produzione di materiale didattico-divulgativo e sua diffusione attraverso il Sistema Scolastico Regionale e la Rete di Laboratori di Educazione Ambientale Abruzzo
- Progettazione e realizzazione di corsi di formazione per docenti e famiglie, e per i docenti che andranno nelle scuole primarie nel contesto delle azioni degli obiettivi centrali 1.3 e 3.1.

ANALISI DEI RISCHI DEL PROGETTO

- Difficoltà di coinvolgimento delle scuole per elevata frammentazione del sistema scolastico e autonomia gestionale degli istituti scolastici.

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

		2016	2017	2018
Attività 1	Progettazione, produzione e somministrazione di questionari	X	X	X
Attività 2	Progettazione, produzione e diffusione materiale divulgativo anche attraverso una campagna di comunicazione via web e con il coinvolgimento dei Laboratori Territoriali Provinciali - Nodi Educazione Ambientale Abruzzo	X	X	X
	Progettazione e realizzazione dei corsi di formazione per le famiglie	X	X	X

Obiettivo centrale 8.12. Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV.

Razionale e descrizione del programma

Le radiazioni Ultraviolette, provenienti dal sole o irradiate da apparecchiature artificiali, sono considerate, da parte della Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) affiliata alla Organizzazione Mondiale della Sanità, come la principale causa di tumori cutanei e di cataratta nell' uomo. I tumori indotti da tali radiazioni possono essere melanoma od epitelomi (NMSC).

Esistono dati molto robusti che dimostrano come l'esposizione a radiazioni ultraviolette e gli eritemi solari soprattutto in età preadolescenziale ed adolescenziale possano aumentare il rischio di sviluppare melanoma. Inoltre recenti metanalisi hanno dimostrato come l'effettuare esposizioni a radiazioni per motivi ricreazionali (lampade abbronzanti) aumenta del 75% se si inizia ad utilizzare tali lampade prima dei 30 anni. (IARC Monographs 100D. Radiation a review of Human carcinogens).

L'esposizione solare sia continua (fotoinvecchiamento, sviluppo di cheratosi attiniche) che intermittente (scottature ripetute nel tempo) aumenta il rischio di sviluppare anche il carcinoma squamocellulare. (IARC Monographs 100D. Radiation a review of Human carcinogens). Aver subito eritemi solari intensi aumenta il rischio di sviluppare un carcinoma squamocellulare dal 40 fino al 400% a seconda degli studi presi in considerazione nell' ultimo decennio. (IARC Monographs 100D. Radiation a review of Human carcinogens). Il rischio aumenta nei soggetti giovani se effettuano sessioni ricreazionali di esposizione a radiazioni ultraviolette artificiali prima dei 20 anni.

Dati sull' incidenza e prevalenza dei tumori cutanei nella regione Abruzzo sono derivati da stime desunte da registri tumori provinciali (AIRTUM 2014) e da studi epidemiologici (Amerio P. et al Int J Dermatol 2009).

Tale studio epidemiologico ha permesso di stabilire che i casi incidenti di melanoma nella regione Abruzzo nel quadriennio 2002-2005 sono variati da 114 a 152 casi. I dati dimostrano come il tasso di incidenza in Abruzzo si possa avvicinare a 14.1 per 100,000 persone /anno.

Uno studio del 2013 inoltre stimava che l'incidenza del melanoma in Abruzzo e Molise fosse per il 2015 di 17/100000 ab nell'uomo e di 10 /100000 ab nella donna (Foschi R et al Tumori 2013; 99: 366-373).

Dati riguardo i tumori cutanei non melanomi non sono invece disponibili per la regione Abruzzo.

Evidenze

In Abruzzo le campagne di sensibilizzazione nei riguardi dei tumori cutanei sono state svolte sempre in maniera sporadica e frammentaria, e solo il 50% della popolazione riconosce il valore dell' esposizione solare quale fattore di rischio principale. Il presente progetto si inserisce nella prospettiva della prevenzione poiché è proprio nella età pre-adolescenziale ed adolescenziale che il danno delle radiazioni ultraviolette si esplica principalmente.

Sostenibilità

Il progetto mira ad aumentare la consapevolezza delle azioni nocive delle radiazioni ultraviolette nella popolazione pediatrica ed adolescente con il supporto dei docenti scolastici, per ridurre il rischio di sviluppo di carcinomi cutanei e di melanomi legati a tale esposizione. La formazione degli insegnanti rende negli anni l'intervento di sistema.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

Con cadenza annuale si procederà alla redazione di un rapporto sintetico sulle attività svolte e sullo stato di avanzamento del progetto.

Obiettivi specifici

Aumentare la consapevolezza nella popolazione adolescenziale e preadolescenziale dei danni indotti dall' esposizione ricreazionale (naturale ed artificiale) alle radiazioni ultraviolette con il supporto degli insegnanti della scuola secondaria di primo grado e dei genitori rappresentanti di classe.

Azione: Coinvolgere gli educatori (insegnanti e genitori) delle scuole secondarie di primo grado coinvolte nella attuazione di progetti che aumentino la consapevolezza degli effetti delle radiazioni UV sulla cute.

Descrizione: Si intende effettuare degli incontri di informazione e formazione con gli insegnanti delle scuole secondarie di primo grado e dei genitori rappresentanti di classe aderenti al progetto e fornire supporto

metodologico e scientifico per l'attuazione di progetti scolastici volti ad aumentare la consapevolezza nei giovani e giovanissimi delle scuole aderenti.

Attività Principali

1. Individuazione delle strutture scolastiche oggetto del progetto, da scegliere nel contesto delle scuole che già hanno aderito alle azioni previste per la realizzazione degli obiettivi 1.3 e 3.1.
2. Sensibilizzazione e informazione sulla relazione fra UV e tumori cutanei ai bambini, agli insegnanti della scuola secondaria di primo grado e ai genitori rappresentanti di classe attraverso incontri formativi-informativi

Target	insegnanti della scuola secondaria di primo grado e genitori rappresentanti di classe			
Setting	Scuola	Comunità	Ambienti sanitari	Ambienti di Lavoro
	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intersettorialità	Strutture scolastiche e strutture sanitarie			

Indicatori di processo Fonte:	Baseline	2016	2017	2018
8.12.1. Interventi informativi alla popolazione delle scuole primarie e secondarie sui rischi legati all'eccessiva esposizione ai raggi UV	nessuno	0	2	2

ATTIVITA'	Anno Scolastico				Anno Scolastico			
	2016		2017		2017		2018	
	4°t	1°t	2°t	3°t	4°t	1°t	2°t	3°t
Individuazione delle strutture scolastiche oggetto del progetto	x	x			x			
Interventi informativi alla popolazione delle scuole primarie e secondarie sui rischi legati all'eccessiva esposizione ai raggi UV		X				X		

ANALISI DEI RISCHI

Disponibilità, da verificare, delle strutture scolastiche a partecipare al Programma e a porre in essere le azioni compatibilmente con il raggiungimento degli obiettivi scolastici.

Programma 3. Vivere in salute...per guadagnare salute

Il Programma include i seguenti obiettivi centrali:

- 1.4. Ridurre il numero di fumatori.
- 1.5. Estendere la tutela dal fumo passivo
- 1.6. Ridurre il consumo di alcol a rischio.
- 1.7. Aumentare il consumo di frutta e verdura
- 1.8. Ridurre il consumo eccessivo di sale.
- 1.9. Aumentare l'attività fisica delle persone.
- 5.3. Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida (descritto in dettaglio nel Programma n. 7, cui si rimanda)
- 6.2. Aumentare il livello di attività fisica degli ultra64enni.

Razionale e contesto del programma

L'intesa sulla proposta del Ministero della Salute concernente il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 del 22.09.2014 (PNP 2014-2018) indica come primo macro obiettivo quello di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) - malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete - costituiscono, a livello mondiale, il principale problema di sanità pubblica: sono la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità e il loro impatto provoca danni umani, sociali ed economici elevati (HEALTH 2020). Le malattie croniche comportano un generalizzato aumento della mortalità: le morti associate a diabete nel 2012 erano pari a 1,5 milioni di morti (2,7% popolazione mondiale), con un evidente sensibile aumento rispetto al milione di morti associate alla stessa condizione nel 2000 (2% popolazione mondiale) (WHO 2012).

Delle dieci principali cause di morte della popolazione mondiale nel 2012 rilevate dal WHO, le malattie cardiovascolari rimangono i *top major killers* dell'ultima decade.

La Regione Europea dell'OMS presenta il più alto carico di MCNT a livello mondiale. Due gruppi di malattie (patologie cardiovascolari e cancro) causano quasi i tre quarti della mortalità nella Regione e tre principali gruppi di malattie (patologie cardiovascolari, cancro e disturbi mentali) costituiscono più della metà del carico di malattia misurato in "DALYs" (anni di vita vissuti in condizioni di disabilità o persi a causa di una malattia).

Al fine di arginare il costante aumento delle malattie croniche non trasmissibili ed il loro carico sociale ed economico, il WHO ha elaborato un Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle MCNT per il periodo 2013-2020 (*Global Action Plan 2013-2020*). Tra gli obiettivi globali di salute pubblica correlati all'alimentazione e all'attività fisica indica:

- Ridurre del 25% il rischio di morte prematura attribuibile a malattie cardiovascolari, cancro, diabete o a malattie croniche respiratorie;
- Ridurre di almeno il 10% il consumo di alcol;
- Ridurre del 10% la prevalenza di insufficiente attività fisica;
- Ridurre del 30% l'apporto medio, a livello di popolazione, di sale e/o sodio;
- Ridurre del 25%, o per lo meno contenere, la prevalenza di ipertensione;
- Contrastare l'aumento dell'obesità e del diabete.

Considerata l'alta prevalenza di malattie croniche non trasmissibili a livello europeo, le previsioni di innalzamento dell'età media della popolazione, quindi l'aumento della popolazione anziana, e considerate le stime che indicano che l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno un terzo dei casi di cancro siano prevenibili, la prevenzione attraverso strategie di sanità pubblica non può che giocare un ruolo fondamentale.

Sarà quindi sulla promozione di salutari stili di vita (fumo, alcol, corretta alimentazione, attività fisica) che più ci si dovrà concentrare per il raggiungimento dell'obiettivo di riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.

Il raggiungimento dell'obiettivo comune di salute pubblica, secondo le indicazioni poste dal WHO e dal Ministero della Salute, richiede un impegno ragionato e coordinato, nonché un'implementazione delle risorse della prevenzione a tutti i livelli: mondiale, europeo, nazionale ma soprattutto regionale. Nel nostro Paese le

malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono ritenute responsabili, per il 2010, del 92% dei decessi totali registrati, in particolare le malattie cardiovascolari (41%), i tumori (29%), le malattie respiratorie croniche (5%) e il diabete (4%) (WHO 2011). Negli ultimi decenni si è registrato un progressivo aumento della speranza di vita (84 anni per le donne e 79 per gli uomini - dati 2010), ma a causa delle MCNT, che pesano per oltre il 75% sul carico di malattia globale, la speranza di vita libera da disabilità si attesta su valori molto più contenuti e simili per entrambi i sessi (circa 65 anni).

Fumo, consumo di alcol, sedentarietà e alimentazione non corretta costituiscono i fattori di rischio modificabili che hanno conseguenze su molteplici aspetti della salute, sia direttamente, sia attraverso fattori intermedi altamente correlati con mortalità e disabilità quali sovrappeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia.

FUMO

- La prevalenza di fumatori in Abruzzo (32,0%) è più alta del dato nazionale (27,2%)
- La prevalenza di fumatori è significativamente più alta fra gli uomini (40,9%) rispetto alle donne (23,3%) e fra le persone che riferiscono molte difficoltà economiche (42,2%) rispetto a chi ha nessuna difficoltà (28,7%).
- L'abitudine al fumo risulta più alta tra i 25 e i 34 anni (40,1%) mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente (24,3%).
- Le persone con livello di istruzione intermedio fumano maggiormente rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare, mentre la prevalenza di fumatori è minore tra gli italiani (31,8%) rispetto agli stranieri (36,5%).
- I fumatori abituali fumano in media 12 sigarette al giorno. Tra questi, il 22,6% (28% in Italia) ne fuma più di 20 (forte fumatore).

ALCOL

- La prevalenza di persone che consumano alcol a rischio (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto) è del 9,0% inferiore rispetto al dato nazionale (16,7%).
- Rispetto a questa condizione:
 - il 5,4% degli intervistati è classificabile binge, ovvero negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta, in una singola occasione, 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne);
 - l'1,6% ha bevuto in media al giorno più di due unità alcoliche (uomini) e 1 o più unità alcoliche (donne);
 - il 4,2% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto.

ALIMENTAZIONE: CONSUMO DI SALE

- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi della regione Abruzzo hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di ridurre il consumo di sale sono il 96,3% degli intervistati (Report Passi Abruzzo 2013) a livello nazionale questi rappresentano l'88,6%.

ATTIVITÀ FISICA

- La maggior parte della popolazione adulta abruzzese può essere definita attiva o parzialmente attiva (33,4% e 34,9% rispettivamente), mentre il 31,7% è completamente sedentario. Questo significa che oltre 285.000 persone tra i 18 e i 69 anni non praticano nessun tipo di attività fisica.
- I dati regionali relativi al livello di attività fisica sono sovrapponibili al dato nazionale.
- Dai dati del sistema di sorveglianza Passi 2013 emerge che la sedentarietà è significativamente più frequente in alcune categorie: nella fascia di età più anziana (50-69 anni, 37,4%), fra le persone con molte difficoltà economiche (51,8%), e tra gli intervistati con cittadinanza straniera (43,1%).

MACROBIETTIVO 1	Obiettivo centrale	Cod. indicatore	Definizione operativa	Baseline Italia Passi 2013	Baseline Abruzzo Passi 2013	Standard Abruzzo Atteso 2018
Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle	Ridurre il numero di fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	27,2%	32,0%	28,8%
	Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con	16,7%	9,0%	7,7%

malattie non trasmissibili			consumo a rischio di alcol (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto)			
	Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni ipertese che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale nel cibo	88,6%	96,3%	96,3%
	Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che svolgono un lavoro pesante e/o aderiscono alle linee guida sulla attività fisica	33,4%	33,4%	43,%
MACROBIETTIVO 6	Obiettivo centrale	Cod. indicatore	Definizione operativa	Baseline Italia Passi 2013	Baseline Abruzzo Passi 2013	Standard Abruzzo Atteso 2018
	Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile	Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 per il 40% della popolazione over 65 anni		

Obiettivo centrale 1.4. Ridurre il numero di fumatori.

Obiettivo centrale 1.5. Estendere la tutela dal fumo passivo.

Razionale e contesto

Il fumo di tabacco è uno dei più importanti fattori di rischio per la salute individuale e collettiva.

Nel trattare e prevenire radicalmente i problemi fumo-correlati è necessario porsi in una prospettiva di sanità pubblica, perché si tratta di un fenomeno diffusissimo, influenzato dalle pressioni sociali. Perciò l'approccio deve essere articolato all'interno di un approccio di popolazione (si vedano i programmi "Smoke-free" dell'OMS).

L'OMS da molti anni sottolinea l'importanza di individuare e attivare le risorse della comunità (non solo il medico e il personale sanitario, ma anche educatori, opinion leader, volontari), per attuare efficaci programmi di prevenzione e promuovere la cultura di uno stile di vita sano, che comprende la scelta di non fumare. Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2015 vuole affrontare questa dipendenza che porta una mortalità elevata nella popolazione mondiale (80.000 morti l'anno in Italia) attivando tutte le risorse disponibili della comunità e cercando di coprire tutte le fasce di popolazione a rischio, agendo su tre fronti:

- scoraggiare l'iniziazione,
- trattare l'assuefazione
- mettere in atto tutte le azioni efficaci per la prevenzione partendo da una corretta informazione.

Le azioni che saranno messe in atto interesseranno tutti i setting sui quali si articola il Piano scuola, comunità, ambiente sanitari, ambienti di lavoro – e vedranno impegnate molte figure professionali (insegnanti, personale socio-sanitario ASL, farmacisti, volontariato sociale) che daranno il loro contributo nel tentativo di contrastare questa dipendenza che provoca quella che potremmo definire una vera e propria "epidemia". Non vengono riportate in questo programma le varie azioni contenute negli altri programmi seguendo il criterio del setting. Considerata l'importanza del problema dal punto di vista sanitario, è bene che i Servizi pubblici (soprattutto i Centri AntiFumo – CAF) creino collaborazioni fra loro e con le Associazioni e le altre risorse del territorio.

La regione Abruzzo si pone quindi l'obiettivo di formare e sensibilizzare un gruppo di formatori in ciascuna ASL abruzzese, al fine di trasmettere comportamenti e competenze per realizzare efficacemente corsi di breve durata (12,5 ore) rivolti a chiunque abbia l'intenzione di smettere di fumare, e per avviare gruppi di AutoMutuoAiuto (AMA) specifici, in grado di moltiplicare su larga scala le strategie apprese.

Il corso di formazione per formatori è rivolto, oltre che agli operatori CAF, anche agli altri operatori, dipendenti pubblici o volontari, fumatori o non fumatori) particolarmente motivati a realizzare corsi per smettere di fumare, rivolti alla popolazione generale.

Azioni

1. Corsi di Formazione per Formatori e per la popolazione generale, e avvio del Gruppo AMA (subito dopo ciascun Corso)
2. Verso un'azienda sanitaria libera da fumo
3. Prevenzione dell'assunzione di fumo e alcol negli ambienti di lavoro: il ruolo del Medico Competente

Azione 1. Corsi di Formazione per Formatori e per la popolazione generale (Il Corso dura 12,5 ore in totale: 2,5 ore per ciascuna delle 5 sessioni), e avvio del Gruppo AMA (subito dopo ciascun Corso)

EVIDENZE

Esistono diverse modalità di intervento a supporto di coloro che decidono di smettere di fumare. Le principali categorie spaziano dal counselling alla farmacoterapia nelle loro varie forme, dalle terapie di gruppo alle tecniche di condizionamento, al self-care, al self-help, all'agopuntura, all'ipnosi fino a programmi residenziali in cliniche private. Tutte queste tecniche sono state studiate attraverso la ricerca ed hanno prodotto risultati differenti (Cormons V., 2001, trad. Cessazione dal fumo interventi e strategie. Centri Studi EBN. Best practice vol. 5, Issue3, ISSN 1329 -1874). Si può anche consultare la Cochrane Library alla voce TobaccoAddiction (<http://www.cochrane.org/reviews/en/topics/94.html>) dove si trovano 47 rassegne inerenti il trattamento.

Nel nostro intervento, per "programmi di gruppo per smettere di fumare" si intendono quelli in cui i fumatori (preferibilmente con i propri famigliari) si incontrano in gruppo, in modo e con cadenza strutturata (con un facilitatore, non necessariamente "professionista" ma opportunamente formato) per condividere gli stessi problemi e le stesse esperienze con altri fumatori e per apprendere nuove abilità.

I corsi di gruppo per la disassuefazione dal fumo di tabacco permettono di: analizzare le motivazioni dei comportamenti dei componenti del gruppo, offrire un'opportunità per un apprendimento sociale, generare una esperienza emotiva, fornire informazioni e insegnare nuove abilità attivando le potenzialità di ciascuno (Stead LF, Lancaster T, 2005, Group behaviour therapy programmes for smoking cessation, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD001007.pub2. DOI: 10.1002/14651858. CD001007.pub2 Public Health Service).

Attualmente in Italia esistono vari tipi di trattamento di gruppo promossi e condotti oltre che dalle istituzioni sanitarie anche da Associazioni di volontariato.

Negli ambulatori o Centri Antifumo i gruppi rappresentano l'approccio favorito e maggiormente vantaggioso in termini di costo/beneficio. Dalla rilevazione del 2007 dell'Istituto Superiore di Sanità a cura dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga in Italia sono stati censiti 362 centri antifumo/ambulatori di cui 267 del Sistema Sanitario Nazionale e 95 afferenti alla LILT; più della metà di essi è situata nel nord Italia (55,7%). Il 47,2% (171) del totale dichiarano di svolgere terapie di gruppo (OssFAD, 2008).

I percorsi di gruppo si differenziano in parte per il tipo di approccio o per il numero di partecipanti o per la durata complessiva, ma tutti sembrano sviluppare progressivamente una componente assimilabile all'auto-mutuo-aiuto (AMA), al sostegno reciproco tra i partecipanti, che segue alle fasi iniziali maggiormente improntate alla componente pragmatica cognitivo-comportamentale.

Il Gruppo AMA, una volta avviato, prosegue il percorso di crescita personale e comunitario, con l'autoprotezione della Salute e la promozione di stili di vita sani.

Fonti:

- Centro di educazione alla salute, Servizio Regionale di Documentazione, Regione Veneto (2004), "Corsi per smettere di fumare", Padova.
- AA.VV. (2008), Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manualworking groups pregnant women and hard to reach communities, NICE public health guidance 10 - NHS. February
- Orlandini D. et al. (2010), Trattamento di gruppo per smettere di fumare, , Regione Veneto, "Programma Regionale per la Prevenzione delle patologie fumo-correlate", Venezia.

SOSTENIBILITÀ

Il corso e i Gruppi AMA sono riproducibili e diffusibili su larga scala, con risparmio di risorse umane e finanziarie.

MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE

I corsi per smettere di fumare sono rivolti indistintamente a tutti coloro che ne fanno richiesta. Il Gruppo AMA per persone con problemi fumo-correlati è aperto a chiunque ne voglia far parte (assieme ai famigliari).

TRASVERSALITÀ

L'intervento coinvolge gli operatori sanitari di tutti i Servizi Territoriali, Gruppi antifumo e la popolazione generale.

TARGET	Futuri Formatori: Operatori ASL, MMG e PLS, Opinion leader, Educatori, Volontari (sia fumatori che non fumatori), assieme ai loro famigliari.			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità X	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	L'intervento coinvolge gli operatori sanitari di tutti i Servizi Territoriali, Gruppi antifumo e la popolazione generale .			

INDICATORI SENTINELLA <i>Registro di attività</i>	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA) avviati	0	0	4	8

CRONOPROGRAMMA	2015	2016	2017	2018
----------------	------	------	------	------

Organizzazione e Realizzazione dei Corsi di Formazione per Formatori (n. 16 ore per ciascuna ASL).	x		x	
Organizzazione e Realizzazione dei corsi rivolti alla popolazione generale, per ciascuna ASL (n. 5 serate di n. 2,5 ore ciascuna)			x	x
Avvio dei Gruppi AMA "Respiro Aria Nuova"			x	x

Rischi e management

Punti di forza:

- validazione dell'intervento a livello nazionale

Punti di criticità:

- possibile difficoltà a reperire la disponibilità di futuri formatori

Azione 2. Verso un'azienda sanitaria libera da fumo

Razionale e contesto

Il rischio collegato al fumo di sigaretta è ben noto ed il posto di lavoro è una delle sedi dove è possibile intervenire sia per evitare esposizione a fumo passivo, sia per favorire una maggiore conoscenza dei danni, sia per promuovere la disassuefazione dal fumo, oltre che limitare il numero di sigarette consumato.

Nell'ambiente di lavoro è possibile promuovere cambiamenti (ambiente di lavoro liberi da fumo) al fine di supportare le modifiche comportamentali.

Una review del 2012 (Fichtenberg) ha mostrato che gli ambienti di lavoro liberi da fumo sono associati ad una riduzione del consumo di sigarette e una riduzione dell'abitudine al fumo; questi valori combinati determinano una riduzione del consumo di sigarette del 29%, una riduzione dei sintomi respiratori e una riduzione delle infiammazioni bronchiali con decremento delle giornate di malattia.

Pertanto le politiche NO SMOKING negli ambienti di lavoro migliorano la salute.

Gli ospedali e gli ambienti sanitari non sono solo luoghi di diagnosi e cura, ma anche luoghi simbolo di promozione della salute.

L'ospedale che promuove salute, incorpora nella propria cultura, l'idea della tutela della salute del personale, dei pazienti e delle loro famiglie. Risulta strategica l'importanza di una politica aziendale che non colpevolizzi il fumatore, ma che implementando azioni a favore di una graduale politica antifumo, tragga vantaggi in termini di immagine che l'azienda da' di sé all'utenza e produttività riducendo l'assenteismo per malattie fumo correlate. Comunicare la scelta strategica di non investire economicamente in ambienti per fumatori, (solo in casi di strutture con pazienti psichiatrici questa indicazione può venir meno) individuando aree esterne alla struttura, sostenere i lavoratori che smettono di fumare.

FINALITA' DELLA POLITICA AZIENDALE

Elaborare una politica aziendale sul fumo permette al datore di lavoro di trattare questa delicata e controversa questione in maniera pratica ed efficace.

Una buona politica aziendale dovrebbe tentare di eliminare l'esposizione dei lavoratori al fumo passivo perseguendo i seguenti obiettivi:

- favorire la conoscenza dei rischi per la salute determinati dal fumo attivo e passivo;
- ridurre il numero di fumatori nell'azienda;
- favorire la consapevolezza da parte dei dipendenti e non delle proprie responsabilità;
- favorire la creazione e il mantenimento di posti di lavoro salubri e sicuri;
- migliorare lo stato di salute dei propri dipendenti favorendo stili di vita corretti;
- ridurre le giornate di assenza per malattia.

I CONTENUTI DELLA POLITICA AZIENDALE

Una esauriente politica sul fumo dovrebbe far propri i seguenti aspetti:

- 1) stabilire i criteri per considerare assolti gli obblighi di legge;
- 2) definire i diritti dei non fumatori e gli obblighi dei fumatori;
- 3) stabilire le sanzioni per chi non rispetta le regole;
- 4) decidere le modalità di aiuto ai lavoratori fumatori che intraprendono un percorso per smettere di fumare;
- 5) definire gli indicatori per il monitoraggio dell'efficacia della politica antifumo e i tempi di valutazione.

I VANTAGGI DELLA POLITICA AZIENDALE

a) VANTAGGI PER L'AZIENDA IN TERMINI DI PRODUTTIVITA'

Un ambiente di lavoro senza fumo può migliorare la produttività in più modi:

- Riducendo gli effetti del fumo passivo sui non fumatori;
- Riducendo l'assenteismo per malattie correlate al fumo;
- Riducendo i tempi delle pause dedicate alla sigaretta da parte dei fumatori (si stima che il fumatore che smette può far risparmiare al suo datore di lavoro circa 1000 euro ogni anno);
- Sviluppo di un ambiente "amichevole";
- Miglioramento del morale dello staff;
- Migliore attrattività dell'azienda

b) VANTAGGI IN TERMINI DI POLITICA SOCIALE

I lavoratori passano gran parte della giornata nell'ambiente di lavoro; migliorare la salubrità e la vivibilità di quest'ultimo vuol dire migliorare la qualità della vita delle persone.

Adottando una politica di controllo del fumo, l'azienda manda un chiaro messaggio ai suoi dipendenti e alla comunità in cui opera. Tale messaggio entra a far parte dell'immagine di una azienda che mostra di occuparsi attivamente della salute e della sicurezza non solo dei suoi lavoratori, di quelli sensibili agli effetti nocivi del fumo, bensì di tutti i cittadini della comunità in cui opera.

Esporre il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è un obbligo di legge, fornire strumenti ai non fumatori per far valere il loro diritto di lavorare in ambienti sani e motivazioni ai fumatori per aiutarli a smettere, è segno di grande responsabilità sociale.

c) VANTAGGI PER IL LAVORATORE

- Miglioramento della salute;
- Miglioramento dell'ambiente di lavoro;
- Aumento dei livelli di soddisfazione e ridotti livelli di stress;
- Miglioramento del benessere personale

EVIDENZE

- CIPES Piemonte http://www.cipespiemonte.it/HPH_ospedale_libero_fumo.aspx
- USDHHS. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: USDHHS, 2006
<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>
- Hopkins DP et al., Smokefree Policies to reduce tobacco use, a systematic review, Am J Prev Med 2010; 38(2S)S275-S289

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA'

Essendo l'azione tutta svolta all'interno dei servizi sanitari, con personale strutturato già operativo, fermo restando le difficoltà d'avvio legate ad una problematica così diffusa e difficile da aggredire perché legata ad una dipendenza, con l'attenzione necessaria a compiere piccoli passi verso l'obiettivo e correlando le azioni ad una efficace comunicazione, negli anni diventa di sistema e stile di vita.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzabili nella programmazione e nel monitoraggio/valutazione dei risultati. Fra le attività previste dall'azione è compresa la formulazione di un questionario per la valutazione della prevalenza di fumatori tra il personale prima e dopo l'entrata in vigore della politica aziendale, che permetterà una valutazione delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi specifici previsti dalle scelte aziendali.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

Le attività previste sono indirizzate a compiere un percorso virtuoso verso un'azienda sanitaria libera dal fumo, pertanto sono rivolte a tutti i dipendenti. Considerate le diseguaglianze fra i fumatori soprattutto

correlate alle condizioni socio-economiche e d'istruzione, l'offerta di servizi gratuiti per la disassuefazione permette una risposta adeguata da parte di tutto il target.

TARGET	I lavoratori dell'azienda sanitaria sia fumatori che non fumatori			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti Sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di Lavoro X
INTERSETTORIALITA'	Ministero della Salute, Regione Abruzzo, Azienda ASL, Rappresentanti della sicurezza e della protezione, medico competente e delegati sindacali.			

OBIETTIVO SPECIFICO

Promuovere il controllo del fumo nell'ambiente di lavoro, riducendo il numero dei fumatori, riducendo gli effetti del fumo passivo sui non fumatori e migliorando la salubrità e la vivibilità dell'ambiente di lavoro.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1) COSTITUIRE IL GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE

E' opportuno che si identifichi all'interno del gruppo un referente per la conduzione del progetto e favorisca lo sviluppo delle attività volte alla riduzione del tabagismo nei lavoratori nell'azienda.

2) VALUTARE LA SITUAZIONE ESISTENTE IN AZIENDA

E' necessario, prima di elaborare un progetto, sapere dove e quando si fuma, quanti sono i fumatori in azienda, quali problemi emergono (per es. chi fuma nelle pause o si assenta) sia a carico dei fumatori che dei non fumatori.

L'entità dell'abitudine al fumo fra i dipendenti e le loro opinioni possono essere ricercate attraverso un questionario che raccolga informazioni in modo obiettivo e senza dare giudizi. Il questionario è importante per assumere informazioni preliminari e diventa uno strumento di monitoraggio nelle fasi successive.

3) REDIGERE IL REGOLAMENTO

E' necessario stabilire delle regole in modo che tutti (dipendenti, clienti, utenti) conoscano le decisioni dell'Azienda sull'argomento e possano sapere come comportarsi. Il regolamento deve stabilire ed elencare i locali dove è per legge proibito fumare, indicare i referenti che hanno l'incarico di monitorare l'osservanza delle norme di comportamento e le conseguenze in caso di violazione.

4) COMUNICARE LA POLITICA AZIENDALE

Far conoscere la nuova politica aziendale a tutti i dipendenti, sia le nuove regole e i divieti, sia le altre azioni previste dal progetto, come le forme di assistenza per favorire la disassuefazione dal fumo. Inoltre è importante:

- cartellonistica per indicare l'intendimento dell'azienda, mettono la Direzione a riparo da contestazioni da parte di fumatori pedanti che possono sostenere di non essere stati informati del divieto del fumo e sono un continuo monito per i fumatori incalliti;
- interventi educativi: iniziative informativo-educative con incontri a piccoli gruppi con i dipendenti per far conoscere la nuova politica aziendale, le azioni che propone e i risultati che si prefigge di ottenere, fornire informazioni tecniche o mediche, distribuire materiale divulgativo, eseguire misurazioni del CO.

5) OFFRIRE PROGRAMMI PER SMETTERE DI FUMARE

Smettere di fumare è difficile, tuttavia in tanti ci riescono, non da soli, magari con qualche aiuto. In questo caso all'Azienda viene in aiuto il Centro Antifumo del territorio che:

- deve migliorare la conoscenza delle patologie legate al fumo con interventi educativi collettivi e dare consigli sui corretti stili di vita;
- effettua la presa in carico dei fumatori che non riescono a smettere nonostante i progetti della nuova politica aziendale;
- realizza incontri periodici di gruppo sul posto di lavoro per un approccio medico e psicologico di tipo cognitivo-comportamentale

6) MONITORARE L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO E VALUTARE I RISULTATI

Una rilevazione a 6 o a 12 mesi consentirà di valutare i cambiamenti nell'ambiente lavorativo e quindi l'efficacia del progetto stesso.

INDICATORI DI PROCESSO Fonte: Studio ad hoc	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
1.5.1. Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	0	80%	90%	95%

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.
Costituire il gruppo di lavoro aziendale	X	X										
Valutare la situazione esistente in azienda		X	X									
Redigere il regolamento		X	X									
Comunicare la politica aziendale			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Offrire programmi per smettere di fumare				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorare l'attuazione del progetto e valutare i risultati											X	X

ANALISI DEI RISCHI

Ad ostacolare il raggiungimento degli obiettivi di questo progetto potrebbero essere i fumatori con una alta dipendenza dalla nicotina che fumano anche nel luogo di lavoro, stimolando i lavoratori che hanno iniziato il percorso di disassuefazione dal fumo e favorendo l'esposizione al fumo passivo di lavoratori non fumatori.

Azione 3. Prevenzione dell'assunzione di fumo e alcol negli ambienti di lavoro: il ruolo del Medico Competente

BREVE DESCRIZIONE

La promozione della salute nei luoghi di lavoro è il risultato di un'azione sinergica tra Medico Competente, datori di lavoro, lavoratori e loro rappresentanze e ha lo scopo di favorire sicurezza e benessere dei lavoratori attraverso interventi orientati al miglioramento delle condizioni ambientali, organizzative e relazionali. Il luogo di lavoro rappresenta un importante setting per promuovere salute. In tale contesto è infatti possibile raggiungere un gran numero di persone con interventi informativi e con iniziative orientate allo sviluppo di processi di consapevolezza per scelte salutari. È inoltre possibile sostenere e facilitare le scelte individuali attraverso l'adozione di "buone pratiche" concepite in percorsi intersettoriali (sanità, impresa privata e pubblica, associazioni di categoria) fondati sul dialogo tra obiettivi sanitari e responsabilità sociale delle aziende. Gli interventi organizzativi e i cambiamenti dell'ambiente lavorativo hanno l'obiettivo di

promuovere la salute globale dei lavoratori, fisica, psicologica e mentale. I programmi si focalizzano su iniziative riguardanti l'attività fisica individuale, l'alimentazione, la cessazione del fumo, la prevenzione dell'alcolismo, la riduzione del peso, con approccio integrato sui principali determinanti di salute/fattori di rischio. I maggiori benefici economici e sanitari si ottengono con programmi combinati che comprendono interventi a livello individuale e aziendale.

Da qualche decennio l'applicazione sempre più ampia e sistematica dei principi di tutela della salute dei lavoratori ha portato alla riduzione dei fattori di rischio tradizionali e delle conseguenti tecnopatie, per lo più monofattoriali. Viceversa l'innalzamento dell'età media delle popolazioni lavorative ha portato in primo piano le patologie a genesi multifattoriale (cardiopatie, tumori, patologie dell'apparato locomotore, etc), per le quali l'esposizione lavorativa è soltanto una delle molteplici cause, mentre altri fattori di rischio sono legati allo stile di vita: alimentazione, sedentarietà, obesità, abitudini voluttuarie, sostanze d'abuso, etc, provocando anche difficili problemi di idoneità alla mansione.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Il medico competente esplica la sua attività verso una fascia di popolazione (età lavorativa) di cui, soprattutto quella fra 20-50 anni difficilmente raggiungibile direttamente con le tradizionali forme di comunicazione e con le tradizionali figure della prevenzione. L'art. 25 del D.Lgs 81/08 del resto apre l'attività tradizionale del medico competente direttamente verso l'attuazione e valorizzazione di programmi di promozione della salute riconoscendone di fatto il suo ruolo nell'ambito complessivo della prevenzione. Questa attività implementerà le conoscenze del medico competente e ne svilupperà in prospettiva un ruolo più attivo nella prevenzione.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA'

L'intervento è realizzato dai medici competenti che, una volta formati, potranno implementare negli anni queste attività di prevenzione.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Attualmente non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzabili nella programmazione e nel monitoraggio/valutazione dei risultati.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

I contenuti del programma sono rivolti a tutti i lavoratori senza distinzione di razza, età e sesso. Saranno inclusi anche lavoratori con contratti atipici e tirocinanti.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Conoscere e saper applicare la normativa di riferimento relativa a fattori di rischio legati agli stili di vita (fumo di tabacco ed alcol) e rilevanti ai fini della prevenzione anche nei luoghi di lavoro.
2. Conoscere e saper applicare le strategie di promozione della salute nei luoghi di lavoro, con coinvolgimento dei vari soggetti istituzionali (Asl-Inail), aziendali (Dirigenti, RSPP, RLS) e dei medici di Medicina Generale secondo i principi del codice etico ICOH e gli orientamenti contenuti nel documento tecnico elaborato dalla SIMLI nel 2011.

ATTIVITÀ

1. Convegno regionale ECM Medici Competenti
2. Richiesta di adesione Medici Competenti al progetto "fabbrica senza fumo e senza alcol"
3. Inserimento aziende coinvolte in un elenco regionale
4. Individuazione all'interno delle aziende di personale da adibire al controllo antifumo
5. Corso di formazione di 10 ore per gli addetti anti fumo
6. Formazione in azienda sul rischio fumo e alcol

TARGET	Medici Competenti			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti Sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di Lavoro X
INTERSETTORIALITA'	L'intervento scaturisce da una collaborazione fra la Regione Abruzzo, i medici competenti e le aziende della regione Abruzzo. Nella realizzazione dell'intervento i principali portatori d'interesse risultano essere i medici competenti verso i quali verrà indirizzata la richiesta di impegno nella prevenzione di rischi sociali ad alto impegno sulla salute individuale.			

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno -2018			
	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.
Convegno regionale ECM Medici competenti		X										
Richiesta di adesione medici competenti al progetto “fabbrica senza fumo e senza alcol”		X			X				X			
Inserimento aziende coinvolte in un elenco regionale				X	X				X			
Individuazione all'interno delle aziende di personale da adibire al controllo antifumo						X			X			
Corso di formazione di 10 ore per gli addetti anti fumo					X							
Formazione in azienda sul rischio fumo e alcol					X				X			

ANALISI DEI RISCHI DEL PROGETTO

L'adesione dei medici competenti.

Obiettivo centrale 1.6. Ridurre il consumo di alcol a rischio.

Azioni:

1. Corso di formazione rivolto ad operatori socio-sanitari della ASL per addestramento al counselling breve (modello IPIB-PHEBA)
2. Corsi di formazione sui rischi dell'alcol riservati a tutti i dipendenti delle ASL
3. Prevenzione dell'assunzione di fumo e alcol negli ambienti di lavoro: il ruolo del Medico Competente (già descritta negli obiettivi 1.4 e 1.5, cui si rimanda)

Azione 1. Corso di formazione rivolto ad operatori socio-sanitari della ASL per addestramento al counselling breve (modello IPIB-PHEBA)

DESCRIZIONE

Il Corso intende inserire interventi di counselling breve (per promozione della salute e la prevenzione di problemi legati al consumo di bevande alcoliche) nella pratica clinica giornaliera degli operatori dell'assistenza sanitaria.

TARGET

Operatori socio sanitari della ASL.

SETTING

Ambiente sanitario, luogo di lavoro.

GRUPPI DI INTERESSE

Attori:

Operatori dei Ser.D., dei Dipartimenti di prevenzione, dei Servizi di qualità-formazione-risk management delle ASL Regione Abruzzo, Regione Abruzzo.

PROVE DI EFFICACIA

Prevenzione del consumo dannoso di alcol NICE. Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking. NICE public healthguidance 24. 2010 Il documento originale è interamente scaricabile al seguente indirizzo: <http://www.nice.org.uk/guidance/ph24>

Gli interventi brevi riescono a salvare la vita (Cuijpers, P., Riper, H. & Lemmens, L. (2004) The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. Addiction, 99: 839-845.).

- Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010). A cura di: Scafato E., Gandin C., Patussi V. ed il gruppo di lavoro IPIB.

SOSTENIBILITÀ

I corsi hanno costi minimi e sono riproducibili nel lungo termine.

MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE

Il corso è rivolto a tutti i reparti e servizi sanitari con ricaduta su tutta la popolazione afferente.

TRASVERSALITÀ

Attori:

Operatori dei Ser.D., dei Dipartimenti di prevenzione, dei Servizi di qualità-formazione-risk management delle ASL Regione Abruzzo, Regione Abruzzo.

Stakeholders:

Direttori Generali Aziendali , Sindacati di categoria, INAIL, INPS

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1. Formulazione del programma del corso e produzione dei materiali didattici con formazione e autoformazione (2015)
2. Realizzazione del corso per ciascuna Asl in più edizioni

OBIETTIVO SPECIFICO

Migliorare le conoscenze e le competenze degli operatori socio-sanitari della ASL su modelli e iniziative di carattere preventivo, attraverso la formazione e tecniche di counselling motivazionale breve su alcol e salute.

INDICATORE DI PROCESSO		FONTE VERIFICA	2016	2017	2018
Formare tutti i lavoratori socio-sanitari della ASL al counselling breve su alcol e salute	Realizzazione dei Corsi	Documentazione interna	0	Almeno 4	Almeno 8

Rischi e management

Punti di forza:

- validazione dell'intervento a livello internazionale
- presenza di operatori già formati e potenziali docenti, in Regione Abruzzo

Punti di debolezza:

Carenza di risorse di personale per la realizzazione delle attività info-educative.

CRONOPROGRAMMA

	2016			2017			2018		
ATTIVITA' PRINCIPALI									
Organizzazione dei corsi	x			x			x		
Realizzazione dei Corsi				x			x		

Azione 2. Corsi di formazione sui rischi dell'alcol riservati a tutti i dipendenti delle ASL

DESCRIZIONE

Il corso intende aumentare le conoscenze e la consapevolezza dei lavoratori sull'impatto dell'uso di alcol per la salute e la sicurezza del lavoro.

PROVE DI EFFICACIA

- Prevenzione del consumo dannoso di alcol - NICE. Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking. NICE public health guidance 24. 2010 Il documento originale è interamente scaricabile al seguente indirizzo: <http://www.nice.org.uk/guidance/ph24>

MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE

Il Progetto prevede che tutti i Dipendenti, indistintamente, vengano informati sui rischi per la salute.

SOSTENIBILITÀ

L'azione richiede una riorganizzazione delle risorse presenti. A regime le Strutture, se provviste di dotazione di partenza adeguata, proseguono le attività sostanzialmente in iso-risorse.

TARGET	Tutti i lavoratori delle Aziende Sanitarie Locali			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	<u>Attori:</u> Operatori dei Ser.D., dei Dipartimenti di Prevenzione, dei Servizi di qualità-formazione-risk management delle ASL Regione Abruzzo, Regione Abruzzo. <u>Stakeholders:</u> Direttori Generali Aziendali , Sindacati di categoria , INAIL, INPS			

ATTIVITÀ PRINCIPALI

Le attività principali, in base alla durata del progetto, verranno così attuate :

1. Costituzione gruppi di formatori,
2. Attività di formazione in aula
3. Valutazione dell'attività formativa

INDICATORI DI PROCESSO (SENTINELLA) Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
N° di corsi realizzati per la formazione dei lavoratori della ASL su alcol e salute	0	1	2	4

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015				2016				2017				2018			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Organizzazione Pubblicità	Referente ASL					X	X										
Realizzazione dei Corsi						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Rischi e management

Carenza di risorse di personale per la realizzazione delle attività info-educative.

Obiettivo centrale 1.7. Aumentare il consumo di frutta e verdura.

Razionale e descrizione del progetto

Le malattie cronic-degenerative hanno in comune alcuni fattori di rischio legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari, modificabili ma fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora, come ad esempio i comportamenti alimentari scorretti.

Il consumo di frutta e verdura è un aspetto estremamente importante della corretta alimentazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno tra frutta e verdura, corrispondenti a 400-500 g al giorno. Sempre l'OMS stima che a livello globale 1,7 milioni di morti sono attribuibili allo scarso consumo di frutta e verdura, inoltre si stima che il 14% dei decessi per cancro al tratto gastro-intestinale, circa l'11% dei morti per malattie ischemiche del cuore e il 9% dei morti per ictus sono da attribuire allo scarso consumo di frutta e verdura.

Le linee guida italiane per una sana alimentazione sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie (asma e bronchiti), assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre l'apporto calorico della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà.

Secondo l'indagine Passi 2013 in Abruzzo il 63,9% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 27,8% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 5,9% le 5 porzioni raccomandate. Complessivamente il 33,8% degli intervistati abruzzesi ha dichiarato di consumare 3 o più porzioni di frutta e verdura al giorno (46,7% in Italia). L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa nelle donne e nelle persone con alto livello d'istruzione.

Evidenze

I Center for Disease Control and Prevention (Cdc) raccomandano strategie mirate ad incrementare l'accessibilità a frutta e verdura attraverso incentivi per la coltivazione di prodotti salutari sia a livello agricolo, sia a livello comunitario (dove si raccomanda la creazione di orti di quartiere) e mediante la promozione di piatti a base vegetale nelle mense/bar aziendali, nelle scuole e in occasioni di riunioni, incontri, seminari e convegni. (Centers for Disease Control and Prevention. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase the Consumption of Fruits and Vegetables. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2011.)

Secondo una revisione sistematica gli interventi più efficaci erano quelli che davano messaggi chiari circa l'incremento del consumo di frutta e verdura, messaggi che venivano rafforzati quando si trattava di interventi multidimensionali, che prevedevano strategie multiple e venivano adottati per lunghi periodi di tempo. (Ciliska, D., Miles, E., O'Brien, M.A., Turl, C., Tomasik, H.H., Donovan, U., et al. (2000). Effectiveness of community-based interventions to increase fruit and vegetable consumption. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 32(6), 341-352.)

I consigli per l'aumento del consumo di frutta e verdura sembrano essere l'intervento più favorevole nella modifica degli outcome cardiovascolari anche se ancora vi è bisogno di ulteriori trials di conferma degli effetti anche a lungo termine. Si sono rivelati, invece, limitati i risultati degli studi relativi alla fornitura di frutta e verdura. (Hartley L, Igbinedion E, Holmes J, Flowers N, Thorogood M, Clarke A, Stranges S, Hooper L, Rees K. Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6.)

Sostenibilità

La formazione dei formatori è ripetuta annualmente al fine di arruolare nuovi formatori e garantire eventuali sostituzioni.

Le linee guida per la ristorazione dei lavoratori sia nelle mense che tramite distributori automatici rappresentano lo standard per le Ditte che preparano e somministrano e vendono alimenti nelle aziende aderenti e sono quindi oggetto di monitoraggio in corso di ispezione e mediante questionario on – line.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

Report regionale sorveglianza PASSI (dati sul consumo di frutta e verdura)

Contrasto alle disuguaglianze

Il progetto è orientato alla prevenzione e al contrasto alle disuguaglianze, tenuto conto che il sovrappeso e l'obesità interessano strati socio-economici svantaggiati e che i lavoratori con bassa istruzione consumano meno frutta e verdura.

Obiettivi specifici:

Obiettivo specifico del progetto è aumentare la prevalenza di persone / lavoratori che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno.

AZIONI:

Le azioni del progetto "Aumentare il consumo di frutta e verdura" sono:

1. Costituzione gruppo di lavoro, coinvolgimento Aziende (imprese private e aziende pubblica) con almeno 10 lavoratori dipendenti per la promozione della sana alimentazione (consumo abituale di frutta e verdura) e raccolta adesioni
2. Somministrazione alle aziende individuate di un questionario online finalizzato alla raccolta dati sulla presenza in azienda di mense, bar e/o distributori automatici, menù adottati, interventi svolti di promozione della corretta alimentazione dei lavoratori
3. Sviluppo di linee guida per la promozione delle corrette abitudini alimentari dei lavoratori (consumo abituale di frutta e verdura)
4. Promozione delle corrette abitudini alimentari (consumo abituale di frutta e verdura) tramite interventi formativi-divulgativi rivolti al personale dei servizi di ristorazione (mense, bar) con piattaforma online e incontri in sede
5. Miglioramento dell'offerta di frutta e verdura nella ristorazione aziendale (mense e bar) e della distribuzione automatica di alimenti e bevande nei luoghi di lavoro

TARGET (indicare la fascia di età)	Popolazione adulta 18-69 anni.				
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input checked="" type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	Aziende pubbliche e private, Camere di Commercio, Gestori del servizio di ristorazione, Servizi ASL, Società di distribuzione automatica di alimenti e bevande, Medici competenti.				
Indicatori di esito <i>Fonte: Sorveglianza PASSI</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
1.7.1. Prevalenza dei persone (18-69 anni) che consumano abitualmente 3 porzioni di frutta e/o verdura	33,8 %		33,8%	35,5% (+ 5%)	37,2% (+ 10%)

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
INDICATORE SENTINELLA	0		Redazione linee guida da parte del gruppo di lavoro per datori di lavoro (impegni verso i lavoratori) per il personale dei servizi di	Redazione linee guida da parte del gruppo di lavoro per il miglioramento dell'offerta di frutta e verdura tramite distributori automatici	
Sviluppo di linee guida per la promozione delle corrette abitudini alimentari dei lavoratori (indicatore sentinella)					

			ristorazione (mense, bar) aziendale		
--	--	--	---	--	--

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015	2016	2017	2018
1. Costituzione gruppo di lavoro, coinvolgimento Aziende (imprese private e aziende pubblica) con almeno 10 lavoratori dipendenti per la promozione della sana alimentazione (consumo abituale di frutta e verdura) e raccolta adesioni	x	x	x	x
2. Somministrazione alle aziende individuate di un questionario online finalizzato alla raccolta dati sulla presenza in azienda di mense, bar e/o distributori automatici, menù adottati, interventi svolti di promozione della corretta alimentazione dei lavoratori (responsabili aziendali e lavoratori)		x		
3. Sviluppo di linee guida per la promozione delle corrette abitudini alimentari dei lavoratori (consumo abituale di frutta e verdura)		x	x	
4. Promozione delle corrette abitudini alimentari (consumo abituale di frutta e verdura) con interventi formativi-divulgativi rivolti al personale dei servizi di ristorazione (mense, bar) tramite piattaforma online e incontri in sede		x	x	x
5. Miglioramento dell'offerta di frutta e verdura nella ristorazione aziendale (mense e bar) e della distribuzione automatica di alimenti e bevande nei luoghi di lavoro		x	x	x

ANALISI DEI RISCHI (indicare gli elementi interni o esterni che possono ostacolare il raggiungimento degli obiettivi)	RISCHI	AZIONI CORRETTIVE
	1. Scarsa adesione aziende	Contatti diretti e individuali con dirigenti e incentivo alla visibilità
	2. Scarso interesse alla partecipazione dei dipendenti	Supporto gruppo ASL e motivazione alla partecipazione dei dipendenti da parte dei responsabili aziendali
	3. Mancata collaborazione dei servizi di ristorazione nell'adempimento ai capitolati d'appalto riguardo a fornitura di frutta e verdura	Supporto gruppo ASL, controllo e intervento correttivo dei datori di lavoro

Obiettivo centrale 1.8. Ridurre il consumo eccessivo di sale.

Razionale e descrizione del progetto

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di non superare nell'adulto sano circa 2 g di sodio al giorno, equivalenti a 5 g di sale o cloruro sodio.

Da un'indagine nazionale (MINISAL-GIRCSI), promossa nell'ambito del programma *Guadagnare Salute*, è stato visto che in realtà gli italiani sono ben lontani dai consumi di sodio raccomandati dall'OMS. Di fatto il consumo medio di sale al giorno, negli adulti, è pari a 10,6 grammi negli uomini ed 8,6 nelle donne, inoltre il consumo di sale risulta avere una stratificazione regionale, con valori di consumo maggiori al Sud, ed in quasi tutte le regioni non più dell'1% dichiara di consumare sempre pane senza sale o con pochissimo sale.

La restrizione sodica può, secondo diversi studi (anche se non vi è una certezza assoluta in questo senso), ridurre l'incidenza di eventi cardiovascolari.

I consumi di sale all'interno delle sorveglianze ministeriali non sono stati indagati finora, è stato però chiesto agli ipertesi dell'indagine PASSI che tipo di trattamenti/consigli il medico avesse loro fornito per ridurre l'ipertensione. Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi della regione Abruzzo hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di ridurre il consumo di sale sono il 96,3% degli intervistati (Report Passi Abruzzo 2013) a livello nazionale questi rappresentano l'88,6%.

Secondo l'indagine Multiscopo Istat 2012 il 36% degli abruzzesi di 3 anni e più dichiara di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati., superiore rispetto alla media nazionale pari al 31,1% degli intervistati.

Evidenze

La diminuzione del consumo di sale, non più di 5 g al giorno, può consentire una diminuzione stimata della pressione arteriosa sistolica da 1 a 8 mmHg e da 1-4 mmHg di pressione diastolica, anche se alcune recenti review sistematiche (Cochrane 2011) hanno suggerito che l'effetto sugli eventi cardiovascolari non è ancora certo. In ogni caso, limitare il consumo di sodio può essere importante non solo per le persone che soffrono di ipertensione, compresi coloro che seguono una terapia con farmaci antiipertensivi, ma anche per chi ha pressione normale.

(Vollmer WM et al. Effects of Diet and Sodium Intake on Blood Pressure: Subgroup Analysis of the DASH-Sodium Trial. *Ann Intern Med.* 2001;135:1019-1028)

(He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *Journal of Human Hypertension* 2002;16:761-70)

(Chobanian AV et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-1252)

Secondo le linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari misure preventive come: la modifica degli stili di vita come il controllo del peso, l'aumento dell'attività fisica, la riduzione del consumo di alcol, la restrizione dell'assunzione di sale, l'aumento del consumo di frutta e verdura e di cibi a basso contenuto di grassi sono raccomandate in tutti i pazienti con ipertensione o pressione arteriosa ai livelli superiori della norma (Livello di Evidenza B, Raccomandazione I, FORTE).

(European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Heart Journal* (2012) 33, 1635-1701).

Relativamente alle strategie per la riduzione del consumo di sale, sono emersi recentemente diversi lavori che hanno dimostrato un'efficacia sub-ottimale degli interventi di counseling sul consumo di sale (Adler, Cochrane, 2014). Saranno quindi prese in considerazione solo quelle strategie che hanno mostrato un'efficacia superiore alla media degli interventi esaminati in letteratura.

Sostenibilità

I corsi hanno costi minimi e sono riproducibili nel lungo termine.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

Report regionale sorveglianza Passi (suggerimento agli ipertesi di ridurre il consumo di sale nel cibo da parte degli operatori sanitari).

Contrasto alle disuguaglianze

Si segnala che il progetto è orientato alla prevenzione e al contrasto alle disuguaglianze tramite un costo simile o minore del pane a ridotto consumo di sale con inserimento impegno specifico delle associazioni nel protocollo.

Obiettivo specifico: Aumentare la proporzione di soggetti ipertesi (18-69 anni) che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale nel cibo.

Attività

Le attività del progetto sono:

1. Formazione dei bambini e adolescenti verso uno stile di vita salutare, tramite una serie di incontri nelle scuole. Durante tali incontri, sarà svolta un'educazione sanitaria multidimensionale, finalizzata al miglioramento della dieta, dell'attività fisica e del consumo di sale. Tali attività sono descritte nel dettaglio nell'obiettivo centrale 1.3, cui si rimanda.
2. Formazione rivolta ai Medici di Medicina Generale per l'effettuazione di attività di counseling sugli stili di vita, incluso il consumo di sale, dettagliata nell'obiettivo centrale 1.9, cui si rimanda.
3. Accordo con le associazioni di categoria per la riduzione di sale nella panificazione.

TARGET (indicare la fascia di età)	Popolazione adulta 18-69 anni, popolazione ipertesa 18-69 anni			
SETTING	Scuola x	Comunità x	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	MMG, Operatori Sanitari, Associazione imprese alimentari, Panificatori, Scuole			

Indicatori di esito	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
<i>Fonte: Sorveglianza Passi, indagine multiscopo ISTAT.</i>					
Prevalenza di soggetti di età 18-69 anni ipertesi che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale nel cibo Cod. indicatore 1.8.1	96,3%				96,3% consolidamento
Prevalenza di soggetti di 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati Cod. indicatore 1.8.2	36%	35%	30%	28%	25,2% (meno 30%)

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015	2016	2017	2018
1. Formazione dei bambini e adolescenti verso uno stile di vita salutare, tramite una serie di incontri nelle scuole. Durante tali incontri, sarà svolta un'educazione sanitaria multidimensionale, finalizzata al miglioramento della dieta, dell'attività fisica e del consumo di sale. Tali attività sono descritte nel dettaglio nell'obiettivo centrale 1.3.	Vedi Obiettivo 1.3	Vedi Obiettivo 1.3	Vedi Obiettivo 1.3	Vedi Obiettivo 1.3
2. Formazione rivolta ai Medici di Medicina Generale per l'effettuazione di attività di counseling sugli stili di vita, incluso il consumo di sale, dettagliata nell'obiettivo centrale 1.3.	Vedi Obiettivo 1.9	Vedi Obiettivo 1.9	Vedi Obiettivo 1.9	Vedi Obiettivo 1.9
3. Accordo con le associazioni di categoria per la riduzione di sale nella panificazione			x	x

Rischi	RISCHI	AZIONI CORRETTIVE
	1. Scarsa partecipazione dei panificatori agli incontri formativi pratici con Università e associazioni	Incentivo per i panificatori tramite materiale da esporre nel proprio punto vendita
	2. Scarsa partecipazione degli operatori sanitari alla formazione	Eventi con accreditamento ECM

Obiettivo centrale 1.9. Aumentare l'attività fisica delle persone.

Obiettivo centrale 6.2. Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni.

Il contesto epidemiologico di riferimento

Dati in letteratura evidenziano una relazione inversa tra livello di attività fisica e mortalità. Tale relazione, che vede una riduzione della mortalità del 30% nei soggetti fisicamente attivi, è indipendente dal genere e si mantiene anche negli ultra 64enni (Suitor 2007). In particolare, la riduzione della mortalità sembra essere dovuta alla ridotta incidenza nella popolazione attiva di patologie cardiovascolari e metaboliche. L'attività fisica ha inoltre effetti positivi negli anziani, migliorandone le abilità funzionali e riducendo il rischio di cadute. All'opposto, i comportamenti sedentari rappresentano un fattore di rischio indipendente dall'attività fisica e recenti acquisizioni evidenziano una chiara relazione tra sedentarietà e dislipidemie, insulino-resistenza e, in misura meno evidente, malattie cardiovascolari.

Sebbene circa un terzo della popolazione abruzzese risulti attiva (in linea con i valori nazionali, dati dell'osservatorio nazionale PASSI), la prevalenza delle patologie croniche, soprattutto nella fascia di età anziana, risulta essere al di sopra della media nazionale. Ciò pone l'accento sulla necessità di ricorrere a strategie di prevenzione primaria attraverso interventi mirati sia ad aumentare l'attività fisica delle persone che a ridurre i comportamenti sedentari.

Evidenze

L'analisi della letteratura evidenzia che per ottenere un incremento dell'attività fisica nella popolazione bisogna attuare interventi sia di popolazione che individuali/di gruppo. Infatti, è stato di recente dimostrato (Wu et al, Am J Prev Med 2011) che l'intervento con il miglior bilancio cost/effectiveness sia l'apposizione di cartelli che stimolano ad andare a piedi o salire le scale, evitando mezzi meccanici di sollevamento. Ciò è ovviamente dovuto al bassissimo costo dei cartelli ed alla massa di soggetti facilmente raggiunti. Tuttavia, secondo quanto riportato dagli autori della revisione sistematica, questi interventi si scontrano con la difficoltà di quantificare il reale beneficio indotto da piccoli incrementi di attività fisica. All'estremo opposto si collocano interventi volti a modificare i comportamenti individuali attraverso il counseling: questi ultimi mostrano il massimo beneficio dopo l'intervento, ma hanno costi molto superiori e possono essere somministrati a piccoli gruppi di soggetti.

Sostenibilità

Il progetto si basa su interventi a basso costo in cui sono facilmente coinvolgibili larghe fasce di popolazione. Risulta quindi sostenibile sia in termini di risorse umane che di somme da investire. In particolare, la promozione del movimento è incentrata principalmente sul cammino o altri tipi di attività che si integrano molto bene anche con gli aspetti di sostenibilità ambientale. Date le evidenze sull'efficacia nella prevenzione primaria e secondaria delle malattie croniche non trasmissibili, il progetto permetterà di abbattere nel medio e lungo termine le spese sanitarie.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione:

PASSI, PASSI d'ARGENTO.

Contrasto alle disuguaglianze

Le azioni, privilegiando la promozione e l'attuazione sul territorio di attività motorie socialmente inclusive e che non richiedono attrezzature costose, prevedono di educare ad un corretto stile di vita motorio anche chi vive in condizioni disagiate.

Azione 1

Interventi formativi: formazione di personale adibito all'educazione ad un corretto stile di vita motorio e alla somministrazione dell'esercizio fisico negli adulti e negli anziani; promozione dell'attività fisica nella popolazione generale attraverso la preparazione di materiale divulgativo (opuscoli, poster, cartellonistica pubblicitaria) e l'organizzazione di giornate tematiche. In particolare, si provvederà all'individuazione di attività socialmente inclusive, che non richiedano attrezzature costose o particolari abilità motorie, e che siano adeguate ai diversi contesti territoriali dei comuni coinvolti (es. gruppi di cammino, Nordic Walking, ballo). Saranno organizzate giornate tematiche dedicate alla promozione dello stile di vita attivo in generale e/o alla promozione di specifiche attività motorie. Saranno organizzati da parte degli atenei regionali di specifici percorsi formativi su attività/esercizio fisico per salute rivolti a diplomati ISEF, laureati e studenti in Scienze Motorie.

TARGET (indicare la fascia di età)	Popolazione adulta (18-64 anni).			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità X	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	Università Amministrazioni comunali Associazioni sportive dilettantistiche Privati che lavorano nell'ambito delle attività fisico-sportive Finanziatori locali e Stakeholders			

Azione 2

Questa azione prevede di aumentare specificamente i livelli di attività fisica della popolazione anziana attraverso una serie di interventi presso strutture e associazioni che si occupano di questa fascia d'età tramite la promozione di: 1. attività fisica adattata alla terza età; 2. attività educativo-informative sui benefici derivanti dal mantenimento o dall'adozione di uno stile di vita attivo. Le azioni sono le stesse descritte in precedenza, ma svolte in collaborazione con enti che si dedicano alla terza età (quali circoli ricreativi ed associazioni culturali) finalizzati alla promozione, la conduzione e la supervisione di azioni volte ad aumentare i livelli di attività fisica nella popolazione anziana. In particolare, si provvederà all'individuazione di attività socialmente inclusive, che non richiedano attrezzature costose o particolari abilità motorie. Saranno inoltre incluse sessioni specifiche per la prevenzione delle cadute.

TARGET (indicare la fascia di età)	Popolazione ultra64enne.			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità X	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	Università; Circoli ricreativi; Associazioni culturali; Associazioni sportive dilettantistiche; Privati che lavorano nell'ambito delle attività fisico-sportive.			

Indicatori di esito <i>Fonte: sistema di sorveglianza PASSI. Istat, indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" e sistema di sorveglianza PASSI D'Argento</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Indicatore 1.9.1 Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi	Anno 2013: 33,4%		35%	40%	45%
Indicatore 1.9.2 Aumentare i livelli di attività fisica negli ultra64enni	Anno 2012-2013: PASE=78 per 40% degli anziani		80%	85%	90%

CRONOPROGRAMMA	2015	2016	2017	2018
Adesione dei comuni e definizione dei referenti per le amministrazioni comunali	X			
Attuazione di giornate informative		X	X	X
Avviamento dei gruppi di cammino e di ulteriori attività concordate con le amministrazioni comunali		X		
Implementazione delle attività motorie proposte e della lista dei soggetti accreditati			X	X

Analisi dei rischi

Mancata adesione delle amministrazioni comunali, dei circoli e delle associazioni.

Programma 4. Ambienti di lavoro salutari

Il Programma include i seguenti obiettivi centrali:

- 1.4. Ridurre il numero di fumatori (descritto in dettaglio nel Programma 3, cui si rimanda)
- 1.5. Estendere la tutela dal fumo passivo (descritto in dettaglio nel Programma 3, cui si rimanda)
- 1.6. Ridurre il consumo di alcol a rischio (descritto in dettaglio nel Programma 3, cui si rimanda)
- 1.7. Aumentare il consumo di frutta e verdura (descritto in dettaglio nel Programma 3, cui si rimanda)
- 1.8. Ridurre il consumo eccessivo di sale (descritto in dettaglio nel Programma 3, cui si rimanda)
- 1.9. Aumentare l'attività fisica delle persone (descritto in dettaglio nel Programma 3, cui si rimanda)

Razionale e contesto

L'idea che sia opportuno, se non indispensabile, creare ambienti di lavoro che promuovano il benessere è oggi sempre più compresa e condivisa. Questa consapevolezza, che inizia a riflettersi anche nelle nuove iniziative legislative, risponde alla necessità per le imprese di sviluppare, a livello internazionale, una competitività che si traduce concretamente nel migliorare il rapporto costi-benefici degli investimenti di Promozione della Salute nei luoghi di lavoro e nel sostenere attivamente il trend di promozione della qualità totale in azienda.

I benefici per i lavoratori sono considerevoli e misurabili: essi infatti si traducono in una riduzione dei rischi occupazionali, in maggiore salute per gli addetti ai processi produttivi, in una maggiore soddisfazione sul lavoro e in un miglioramento complessivo della loro qualità di vita.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella Carta di Ottawa, sottolinea che "la Promozione della Salute è il processo che permette alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla".

L'esperienza dimostra infatti che gli investimenti indirizzati a consentire ai lavoratori di esercitare azioni efficaci sugli impedimenti alla loro salute e benessere conducono ad una riduzione delle malattie e dei tassi di mortalità. La Promozione della Salute è un mezzo efficace per migliorare la salute dei lavoratori e in tal modo la salute di una nazione. Promuovere la salute significa in sostanza valorizzare il prezioso capitale umano presente nelle aziende. Purtroppo questo concetto non è ancora compreso e attuato da un'ampia parte dei soggetti che operano nel mondo del lavoro. Il percorso da fare è lungo e complesso. Il concetto di salute varia da una nazione all'altra, e dipende da aspetti culturali, sociali, scientifici, clinici e biomedici come variano inoltre le problematiche della salute. Pur esistendo già oggi un numero sufficiente di dati che offrono supporto all'affermazione che promuovere la salute è profittevole sotto il profilo economico, tuttavia nel prossimo futuro avremo bisogno di individuare ulteriori parametri che ci permettano di valutare con sempre maggiore accuratezza l'impatto delle azioni a favore della salute in termini di rapporto costi-benefici. Non promuovere la salute fin da ora significa quindi affrontare domani costi maggiori. Al contrario, il vantaggio competitivo è molto consistente laddove esiste una coerente politica nazionale di Promozione della Salute che stabilisca obiettivi realistici. Individuare e attuare azioni che prevedano la collaborazione sinergica di tutte le parti in causa è la sfida odierna per la Promozione della Salute. Il lavoro di rete (*networking*) dovrà divenire in futuro il mezzo privilegiato per realizzare una politica efficace di Promozione della Salute, che produrrà a sua volta maggiore motivazione, ulteriori ricerche e cooperazione feconda.

Appare quindi ormai indispensabile, e non più rinviabile, la necessità di introdurre i programmi della Promozione della Salute nel mondo del lavoro al fine di attuare interventi indirizzati a promuovere cambiamenti radicali nell'organizzazione dei servizi a favore della salute e della sicurezza dei lavoratori nonché degli stessi rapporti tra datori di lavoro ed organismi sindacali. Il raggiungimento del "benessere lavorativo" è non solo una condizione primaria per facilitare il lavoro e migliorare la produzione, ma anche una condizione indispensabile per influenzare e trasferire i comportamenti positivi degli individui lavoratori anche nell'ambiente di vita. Per semplificare e rendere fruibili da parte di tutti i concetti di Promozione della Salute, in virtù del loro carattere innovativo, è necessario che siano previste strategie coinvolgenti sul piano relazionale e siano attivate delle forme di comunicazione che abbiano risultati efficaci sui livelli motivazionali. La promozione della salute in ambiente di lavoro è fortemente raccomandata rispetto a diverse problematiche della sfera individuale e collettiva, quali fumo, attività motoria, corretta alimentazione, benessere organizzativo, stress correlato al lavoro. Esiste in materia un Network Europeo (ENWHP), istituito dalla Commissione Europea Salute e Tutela dei Consumatori (SANCO) e cui l'Italia

partecipa sotto l'egida dell'ISPESL, che promuove e coordina la comunicazione e lo scambio di esperienze e informazioni sul lavoro e la salute (cfr. Capitolo n. 6).

In Italia è ancora in fase embrionale la costruzione di una rete nazionale per la promozione della salute nei luoghi di lavoro anche se si possono segnalare diverse iniziative in materia promosse a diversi livelli.

Le prove di efficacia dimostrano che gli interventi di Workplace Health Promotion possono migliorare lo stato di salute del lavoratore, aumentarne la qualità della vita, creargli condizioni di maggiore gratificazione e diminuire infortuni e malattie.

Gli interventi possono inoltre avere ricadute positive sull'organizzazione aziendale, facendo diminuire i costi relativi ad assenteismo, infortuni e malattie. Possono inoltre migliorare l'immagine aziendale, far registrare un minore turnover ed una maggiore produttività.

Gli ambienti di lavoro rappresentano dei contesti di grande interesse per la promozione della salute, essendo dei microcosmi in cui le persone passano la maggior parte del proprio tempo, spesso in presenza di forti dinamiche relazionali. E' noto che i comportamenti, e perciò anche le abitudini dannose per la salute, risentono moltissimo di determinanti e dinamiche di tipo relazionale. I luoghi di lavoro, perciò, sono dei contesti favorevoli per la realizzazione di azioni tese alla modifica di abitudini e comportamenti a rischio. Infine i luoghi di lavoro offrono la possibilità di raggiungere la fascia di popolazione adulta, difficilmente raggiungibile in altri contesti comunitari. La necessaria ricerca di sinergie per contrastare quelli che rappresentano dei "determinanti maggiori" delle condizioni di salute della popolazione (fumo, alimentazione, attività fisica, alcol, sostanze) sta portando i servizi di prevenzione a proporre, anche nei luoghi di lavoro, attività di promozione della salute, stimolando le aziende a farsi carico delle responsabilità sociali ad esse riconosciute e a considerare anche i molti benefici (economici, di clima relazionale, di motivazione dei dipendenti, di miglioramento della produttività...) derivanti da tali attività.

Programma 5. Operatori sanitari promotori di salute

Il programma include i seguenti obiettivi centrali:

- 1.2. Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese
- 1.10. Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT
- 1.11. Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)
- 2.1. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita
- 2.2. Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita
- 6.4. Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS

Obiettivo centrale 1.2. Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese.

Razionale

La Strategia Globale per l'Alimentazione dei Neonati e dei Bambini dell'OMS e dell'UNICEF, in analogia ad altre associazioni scientifiche a livello internazionale, si sviluppa da programmi per sostenere un'alimentazione ottimale e garantire ai bambini un sano inizio alla vita.

Lo scopo della Strategia Globale è migliorare, attraverso un'alimentazione ottimale, lo stato di nutrizione, la crescita, lo sviluppo, la salute e, in definitiva, la sopravvivenza dei neonati e dei bambini.

La Strategia Globale raccomanda l'allattamento al seno esclusivo nei primi 6 mesi, e il mantenimento del latte materno come latte di prima scelta dopo l'introduzione dell'alimentazione complementare, prolungato secondo i criteri OMS, garantendo un sostegno alle madri ed alle famiglie.

La Regione Abruzzo in concerto con le ASL, secondo i principi dell'OMS e le direttive del Piano Sanitario Nazionale, dichiara che l'allattamento al seno è, per ogni donna, il modo migliore di alimentare i propri figli e riconoscere gli importanti benefici che ciò comporta per la salute della donna, del bambino, della famiglia, del sistema sanitario e della società.

Il rationale che giustifica il progetto è che al VI mese di vita il numero dei neonati allattati esclusivamente al seno in Italia è inferiore al 20%.

Obiettivi

L'obiettivo di tale progetto è di migliorare gli esiti dell'allattamento al seno per madri e neonati, di aiutare i professionisti nell'applicare le migliori ricerche sull'evidenza disponibile sulle decisioni cliniche, e di promuovere l'uso responsabile delle risorse sanitarie.

Evidenze

Raccomandazioni e letteratura riguardo il capitale in salute rappresentato dall'allattamento materno sono presenti in tutti i principali programmi di sanità pubblica sia a livello nazionale che internazionale. (www.genitoripiu.it)

- Accademia Americana di Pediatria AAP Endorsement of the WHO/UNICEF Ten Steps to Successful Breastfeeding-August 25, 2009_ <http://www.aap.org/breastfeeding/files/pdf/TenStepwosing.pdf>.
- Being baby friendly: evidence-based breastfeeding support. J Cleminson, S Oddie, MJ Renfrew, W McGuire
- Cleminson J, et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2015;100:F173-F178. doi:10.1136/archdischild-2013-304873
- Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno in Europa: un Programma d'Azione (riveduta 2008). Luxembourg. European Commission. Directorate Public Health and Risk Assessment. Disponibile <http://www.burlo.trieste.it/documenti/newblueprintit.pdf>

- Merten S, Dratva J, Ackemann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? Pediatrics 2005 Nov; 116(5):e702-8

Sostenibilità

Il progetto richiede un finanziamento per la formazione del personale, per produzione di materiale divulgativo, per il monitoraggio e la valutazione dei risultati. A regime le Strutture, se provviste di dotazione organica adeguata, proseguono le attività sostanzialmente in isorisorse.

Contrasto alle diseguaglianze

Il progetto coinvolge tutti i neonati e le madri degli ospedali della Regione Abruzzo. Può essere previsto l'utilizzo di mediatori culturali in caso di madri straniere che non conoscono la lingua italiana e l'utilizzo di materiale esplicativo in lingua madre.

Sistema di sorveglianza

- Autovalutazione annuale su modello Unicef con tassi di allattamento alla dimissione monitorati attraverso rilevazioni interne al Punto Nascita (SDO, CEDAP, sistemi di rilevazione aziendali)
- Rilevazione tasso di allattamento materno a tre e a sei mesi: il personale dei Centri Vaccinali o personale dedicato sarà adeguatamente formato al fine di eseguire una rilevazione appropriata, utilizzando ove possibile il flusso dei dati correnti e il sistema informatico già presente o in alternativa piattaforme dedicate o eventuali altri strumenti ritenuti idonei, anche in base alla sostenibilità, utilizzando contenuti e formulazione degli item omogenei (questionario). Le rilevazioni saranno realizzate in occasione delle sedute vaccinali, indicativamente al III-VI mese di vita del bambino (secondo il calendario vaccinale).

Obiettivi specifici

1. Promuovere l'allattamento materno esclusivo alla dimissione dal Punto Nascita
2. Promuovere l'allattamento materno fino al 6° mese compiuto ed il mantenimento del latte materno come latte di prima scelta dopo l'introduzione dell'alimentazione complementare, in modo prolungato secondo i criteri OMS
3. Promozione e sostegno della genitorialità e del benessere del bambino

Attività

- 1) Implementazione dell'applicazione dei "10 passi", sviluppati nel 1991 da Organizzazione mondiale della sanità (WHO) e UNICEF, nella traduzione presente nel sito di UNICEF Italia sono:
 1. Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno, da far conoscere a tutto il personale sanitario
 2. Preparare il personale sanitario, per attuare compiutamente questo protocollo
 3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno
 4. Aiutare le madri perché comincino ad allattare al seno già mezz'ora dopo il parto
 5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
 6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica
 7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme ventiquattro ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale
 8. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento
 9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento
- 2) Promozione dell'applicazione dei " Sette Passi UNICEF" di seguito descritti e il rispetto del codice internazionale per la Commercializzazione dei sostituti del latte materno.

I Sette Passi:

1. Definire una politica aziendale per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale
2. Formare il personale per attuare la politica aziendale
3. Informare tutte le donne in gravidanza e le loro famiglie sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno
4. Sostenere le madri e proteggere l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno
5. Promuovere l'allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi compiuti, l'introduzione di adeguati alimenti complementari oltre i 6 mesi e l'allattamento al seno prolungato
6. Creare ambienti accoglienti per favorire la pratica dell'allattamento al seno
7. Promuovere la collaborazione tra il personale sanitario, i gruppi di sostegno e la comunità locale

TARGET	Coppie di neogenitori, neonati			
SETTING	Scuola	Comunità	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro
INTERSETTORIALITA'	Ministero della Salute, UNICEF, ISS, La Leche League, FIMP, SIP, SIN, Enti Locali, Gruppi di Aiuto			

INDICATORI DI PROCESSO	Baseline	Valore Atteso 2016	Valore Atteso 2017	Valore Atteso 2018
Fonte: Attraverso registri di attività e dati ricavati da questionario presso il Servizio Vaccinale				
1.2.1. % di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	30%	35%	40%	50%

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2016				2017				2018			
	1°t	2°	3°	4°	1°t	2°	3°	4°	1°t	2°	3°	4°
Implementazione del Progetto "10 Passi" in tutti gli Ospedali della regione	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formazione di formatori aziendali e a cascata formazione del personale adibito	X	X			X	X			X	X		

Analisi dei rischi

1. Situazioni di disomogeneità locali dei singoli Punti Nascita e delle realtà territoriali (distretti)
2. Elevato turnover del personale
3. Difficoltà dei Punti Nascita di sottoporsi all'Audit

OBIETTIVO CENTRALE 1.10. Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT (Malattie Croniche Non Trasmissibili).

Azione 1: Progetto per la gestione del diabete di tipo 2 attraverso stili di vita corretti e idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari

Breve descrizione del progetto

La razionalizzazione e la ottimizzazione della gestione del paziente diabetico, considerato che la malattia diabetica è al momento la più prevalente delle malattie croniche non trasmissibili, si traduce prevedibilmente in una riduzione della morbilità e della mortalità riferibili alla malattia. Pertanto, rientra a pieno titolo negli obiettivi di un piano di prevenzione volto al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

Inoltre, i primi risultati positivi ottenuti nella pur breve esperienza della ASL di Pescara, spinge a continuare l'esperienza pilota e, possibilmente, a condividerla con le altre realtà regionali.

Il progetto ha il compito di favorire la conoscenza della malattia diabetica e l'individuazione dei fattori di rischio sia nella popolazione target individuata dai MMG, sia nella popolazione sana attraverso incontri formativi/informativi sostenuti dalle associazioni di categoria.

La maggiore conoscenza dei fattori di rischio e la responsabilizzazione dei soggetti affetti da diabete di tipo 2, attraverso il counselling fornito dal MMG e dal personale sanitario dei Servizi di Diabetologia, contribuiscono alla promozione della salute nei soggetti sani, alla diagnosi precoce nei soggetti con fattori di rischio ed alla prevenzione delle complicanze con conseguente riduzione anche dei ricoveri ospedalieri.

Nel progetto sono fondamentali la formazione dei Diabetologi e dei MMG, preferibilmente attraverso il Piano Formativo Aziendale; l'istituzione di un Gruppo di Lavoro Aziendale (medico del Servizio IESP, rappresentanti dei MMG, Diabetologi territoriali, infermiere "care giver", direzione sanitaria aziendale) che, attraverso incontri periodici, affronti e risolva le problematiche che possono emergere in itinere.

E' utile ipotizzare anche un'attività di telescreening della retinopatia diabetica che trova crescente riscontro nella letteratura internazionale e che sempre più valorizza la cost-effectiveness di tale procedura.

La G.I. diventa tanto più efficace quanto più diventa "sistema" di G.I. e quanto più evolve in "gestione prevalente".

Ulteriori informazioni sul sistema di G. I. possono essere reperite sul sito dell'ISS.

Evidenze di efficacia

La Gestione Integrata del Diabete tipo 2 è auspicata fin dall'avvio del progetto IGEA previsto dal PNP 2005-2007. Gli appuntamenti annuali presso l'ISS hanno gradualmente trasformato il *progetto* in un'attività di *sistema*. Lo stesso ISS ha curato la pubblicazione di documenti di indirizzo per la G.I. e le linee guida riportate nel testo "*Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito tipo 2*".

Sostenibilità

La G.I. del diabete è sostenibile perché, come dimostra l'esperienza nella ASL di Pescara, i primi risultati evidenziano il miglioramento dell'offerta assistenziale. I MMG ed i diabetologi sono stati adeguatamente formati e, pertanto, rappresentano i punti di riferimento, ed eventuali nuovi formatori per le altre professionalità coinvolte nella gestione della persona affetta da diabete. L'attività di monitoraggio prevista dal Gruppo di Lavoro Aziendale garantiscono le correzioni di rotta necessarie per la valutazione dei risultati ottenuti.

Sistema di sorveglianza

Attualmente non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzabili nella programmazione e nel monitoraggio/valutazione dei risultati. Il sistema PASSI fornisce una sorveglianza indiretta (riferita diagnosi di diabete, attività fisica, alimentazione, ecc.). L'inserimento continuo di pazienti in G.I. può fornire informazioni sull'andamento del sistema e può rappresentare esso stesso un sistema di sorveglianza dell'andamento della malattia diabetica.

Contrasto alle disuguaglianze

La G.I. è rivolta a tutte le persone affette da diabete di tipo 2, caratterizzandosi, quindi, come attività di prevenzione collettiva. Inoltre, l'adesione al sistema dei MMG e delle Diabetologie, consente di coinvolgere tutta la popolazione target, indipendentemente dal ceto sociale di appartenenza. La conoscenza diretta degli

assistiti da parte dei MMG consente di raggiungere, attraverso la chiamata attiva, proprio le persone che più difficilmente vengono sottoposte a screening e che, il più delle volte, appartengono alle classi sociali più svantaggiate

Obiettivo specifico

Favorire la conoscenza della malattia diabetica tra le persone sane; promuovere l'empowerment nelle persone affette da diabete mellito di tipo 2 con conseguente riduzione delle complicanze, migliorare la diagnosi precoce.

Attività

1. Istituzione del Gruppo di Lavoro Aziendale (medico IESP, diabetologo, infermiere, MMG, direzione sanitaria aziendale).
2. Accordo aziendale con i MMG per garantire la collaborazione necessaria.
3. Formazione specifica dei MMG attraverso l'inserimento dell'argomento relativo alla gestione integrata del diabete tipo 2 nell'adulto, nel PFA.
4. Formazione specifica dei diabetologi e dei care giver, con il coinvolgimento delle società scientifiche e delle associazioni di volontariato, le quali, a loro volta, promuovono incontri formativi ed informativi rivolti a persone con patologia ed alla popolazione sana.
5. Installazione di un software condiviso tra MMG e Servizi di Diabetologia in grado di semplificare le procedure informatiche.
6. Riunioni periodiche del Gruppo di Lavoro Aziendale per garantire costantemente le necessarie correzioni di rotta per il raggiungimento degli obiettivi.
7. "Dialogo" costante tra i MMG ed i Servizi di Diabetologia con report periodici per la valutazione dell'andamento del sistema.
8. Implementazione e maggiore diffusione della diagnosi precoce della complicanze retiniche del diabete, mediante fotografia digitale da eseguirsi contestualmente ad altre prestazioni e/o in "forma domiciliare" attraverso strumentazione portatile, riducendo così progressivamente gli accessi specifici per la prestazione fondo oculare (consigliata generalmente con cadenza annuale per tutti i diabetici) e promuovendo l'omogeneizzazione della classificazione delle condizioni patologiche e del relativo follow up.

Target: adulti affetti da diabete mellito tipo 2; popolazione sana

Setting: incontri formativi/informativi ad hoc; ambulatori dei MMG e Servizi di Diabetologia

Intersettorialità

Il progetto prevede la stretta collaborazione tra i MMG che aderiscono al sistema di G.I. ed i Servizi di Diabetologia con l'obiettivo di consentire una reale diagnosi precoce ed una efficace presa in carico della persona affetta da diabete adeguatamente responsabilizzata nei confronti della sua patologia cronica.

Molto importanti sono le altre figure professionali coinvolte: podologo, infermiere, oculista, cardiologo e/o altri specialisti ambulatoriali ritenuti necessari.

I portatori di interesse, con i soggetti diabetici, sono individuabili nelle associazioni di categoria che rappresentano un valido punto di riferimento a sostegno e rinforzo di quanto stabilito in occasione dei controlli periodici.

Indicatori di Processo <i>Fonte: report semestrali</i>	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
1.10.1. Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT	0	Realizzazione dello studio	100%	100%
1.10.2. Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di				100%

fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione				
1.10.3. Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	28%	30%	35%	50%
1.10.4. Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	36%	40%	45%	50%
1.10.5. % di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	10%	15%	20%	30%
1.10.6. % di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	21%	25%	30%	40%

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno -2018			
	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.
Istituzione del Gruppo di Lavoro Aziendale (medico IESP, diabetologo, infermiere, MMG, direzione sanitaria aziendale).		x										
Accordo aziendale con i MMG per garantire la collaborazione necessaria.		x	x	x								
Formazione specifica dei MMG attraverso l'inserimento dell'argomento relativo alla gestione integrata del diabete tipo 2 nell'adulto nel PFA.			x	x								
Formazione specifica dei diabetologi e dei care giver, con il coinvolgimento delle società scientifiche e delle associazioni di volontariato, le quali, a loro volta, promuovono incontri formativi ed informativi rivolti a persone con patologia ed alla popolazione sana.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Installazione di un software condiviso tra MMG e Servizi di Diabetologia in grado di semplificare le procedure informatiche.			x	x								
Riunioni periodiche del Gruppo di Lavoro Aziendale per	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

garantire costantemente le necessarie correzioni di rotta per il raggiungimento degli obiettivi.												
“Dialogo” costante tra i MMG ed i Servizi di Diabetologia con report periodici per la valutazione dell’andamento del sistema.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Implementazione e maggiore diffusione della diagnosi precoce della complicanze retiniche del diabete, mediante fotografia digitale da eseguirsi contestualmente ad altre prestazioni e/o in “ <i>forma domiciliare</i> ” attraverso strumentazione portatile, riducendo così progressivamente gli accessi specifici per la prestazione fondo oculare (consigliata generalmente con cadenza annuale per tutti i diabetici) e promuovendo l’omogeneizzazione della classificazione delle condizioni patologiche e del relativo del follow-up					x	x	x	x	x	x	x	x

Analisi dei rischi

La partecipazione volontaria dei MMG al sistema di G.I., sebbene possibile nelle prime fasi, non garantisce la continuità del sistema.

La costituzione del Gruppo di Lavoro aziendale potrebbe richiedere tempi più lunghi rispetto alle previsioni ma è indispensabile per il corretto avvio del sistema; così come fondamentale è la formazione condivisa per i MMG, diabetologi, infermieri, etc.

Azione 2. Il contributo della “Farmacia dei servizi” alla promozione della salute

Descrizione

Oggi il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pur mantenendo le caratteristiche che lo hanno messo ai primi posti in Europa, si confronta con delle sfide assistenziali imponenti in presenza di livelli di finanziamento contenuti in ragione dell’attività di razionalizzazione della spesa svolta in questi anni . In questa prospettiva è essenziale sviluppare l’attuale modello di governante del settore sanitario. Tale modello costituisce uno strumento di efficace contenimento della dinamica della spesa anche in relazione alle tendenze demografiche e favorisce la sostenibilità finanziaria del SSN nel medio-lungo periodo. In rapporto ai cambiamenti della società e agli stili di vita, un posto di rilievo assumono le misure legate alla prevenzione. Investimenti in tale ambito, anche allargati a settori diversi da quello sanitario secondo il principio health in all policies, basati sull’evidenza scientifica e su una valutazione di costo/efficacia, contribuiscono sostanzialmente nel medio-lungo periodo alla sostenibilità del SSN, riducendo il ricorso allo stesso per

finalità di cura, sia in termini di accessi che di livello di cure richieste; nel contempo essi , assicurando un più elevato livello di benessere e di salute della popolazione realizzano le condizioni per un miglioramento generale del livello economico del paese.

All'interno di questa ottica occorrerà potenziare il ruolo delle farmacie convenzionate e in particolare la farmacia dei servizi, concentrando in essa l'erogazione di nuovi servizi di valenza socio-sanitaria." (DOCUMENTO DI ECONOMIA E FINANZA 2013 – CAP. V/12 - Ministero del Tesoro).

Il ruolo della farmacia dei servizi, come modello assistenziale in grado di dare un contributo importante al potenziamento dell'assistenza sul territorio e alla deospedalizzazione di una popolazione, che invecchia e ha un crescente numero di cronici, è stato anche ampiamente riconosciuto a livello istituzionale dalla Conferenza Stato-Regioni, dal Documento di economia e finanza 2015, dal Patto per la Salute che, nel delineare l'organizzazione del SSN per il prossimo triennio, mette in risalto le tante opportunità offerte dalla Farmacia dei servizi sia sul fronte della prevenzione sia su quello della gestione dei pazienti cronici.

Le 18mila farmacie italiane, con 4,5 milioni di accessi al giorno, costituiscono una rete di presidi sanitari capillarmente situati sul territorio, a disposizione dei cittadini tutti i giorni.

Nel precedente Piano Regionale della Prevenzione 2010-2013 è stato realizzato un progetto "Ridurre il rischio cardiovascolare attraverso la definizione e standardizzazione di percorsi integrati per l'ipertensione arteriosa" che prevedeva l'invio a casa di utenti della fascia d'età 35-49 anni di un depliant che li invitava a recarsi presso una farmacia per una misurazione gratuita della Pressione Arteriosa. Un'analisi dei dati a fine progetto ha mostrato una incapacità dello strumento "depliant" a motivare un'azione attiva dell'utente nei confronti di un'attività di prevenzione, ma nello stesso tempo una fattiva collaborazione di tutte le farmacie a farsi promotrici di salute. Pertanto il progetto "Il contributo della "Farmacia dei servizi" alla promozione della salute" insiste su questa collaborazione.

Il progetto mira ad una prevenzione primaria e secondaria rivolta ad una fascia d'età di utenti (45-59 anni) che non afferiscono con regolarità ai servizi sanitari, le cui condizioni di salute non vengono costantemente controllate e nei quali alcuni parametri clinici alterati possono non essere tempestivamente evidenziati. A tali utenti, che si recano occasionalmente in farmacia, verrà offerta la possibilità di essere sottoposti ad un semplicissimo screening cardiovascolare basato su:

- anamnesi sul consumo di tabacco e sulla sedentarietà,
- misurazione della Pressione Arteriosa,
- misurazione del peso e della circonferenza addominale con calcolo del BMI
- misurazione della glicemia.

Sarà infine consegnato un depliant illustrativo su cui verranno riportati i dati e l'utente sarà invitato a presentare i risultati al proprio Medico di Medicina Generale per gli eventuali interventi dovuti.

Evidenze di efficacia

Comunicazione e marketing sociale: Marketing social marketing: getting inside those "big dogs' heads" and other challenges. Marshall R J et Al. Health Promot Pract. 2006 Apr; 7(2):206-12

Mc Namara K P et Al. BMC Health Serv Res 2010 Sep 7; 10(1):264

Titolo della Linea Guida: "Community engagement to improve health"

Sostenibilità

Il progetto che si baserà su un accordo fra i sindacati delle farmacie e la Regione Abruzzo potrà diventare molto facilmente di sistema in quanto basato su di un intervento d'opportunità, privilegiato dall'accesso occasionale al servizio della farmacia e quindi privo di organizzazione che potrebbe non tenere nel tempo.

Sistema di sorveglianza

Non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzabili nella programmazione e nel monitoraggio/valutazione dei risultati. Il progetto prevede la creazione di un database dal quale verranno importati tutti i dati che afferiscono dalle farmacie coinvolte.

Contrasto alle disuguaglianze

L'intervento è rivolto a tutti gli utenti della fascia d'età interessata dal progetto che si recano in farmacia, pertanto può intercettare anche quegli utenti che per condizioni socio-economiche o culturali svantaggiate non usufruiscono regolarmente dei servizi offerti dal SSN.

Obiettivo specifico

Intercettare gli utenti di età 45-59 anni che recandosi in farmacia vengono invitati ad eseguire uno screening cardiovascolare basato su: anamnesi sul consumo di tabacco, misurazione della Pressione Arteriosa, del peso, della circonferenza addominale, della glicemia e calcolo del BMI.

Attività

1. Raccolta delle adesioni volontarie delle farmacie interessate a realizzare il progetto
2. Predisposizione del database e del materiale illustrativo e diffusione in tutte le farmacie coinvolte
3. Attivazione dello screening e inserimento dati nel database.

TARGET	Utenti delle farmacie di età compresa fra 45 e 59 anni			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità X	Ambienti Sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di Lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	Regione, Farmacie territoriali, cittadini			

INDICATORI DI PROCESSO Fonte: Database	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di farmacie che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserendo dati nel database	0	0%	5%	5%

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno -2018			
	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.
Raccolte delle adesioni delle farmacie interessate a realizzare il progetto	X											
Predisposizione del database e del materiale illustrativo e diffusione in tutte le farmacie coinvolte	X	X										
Attivazione dello screening e inserimento dati nel database			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Analisi dei rischi

La mancata adesione delle farmacie.

OBIETTIVO CENTRALE 1.11. Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018).

Il contesto epidemiologico di riferimento

Dati in letteratura evidenziano una relazione inversa tra livello di attività fisica e mortalità. Tale relazione, che vede una riduzione della mortalità del 30% nei soggetti fisicamente attivi, è indipendente dal genere e si mantiene anche negli ultra 64enni (Suitor 2007). In particolare, la riduzione della mortalità sembra essere dovuta alla ridotta incidenza nella popolazione attiva di patologie cardiovascolari e metaboliche. L'attività fisica ha inoltre effetti positivi negli anziani, migliorandone le abilità funzionali e riducendo il rischio di cadute. All'opposto, i comportamenti sedentari rappresentano un fattore di rischio indipendente dall'attività fisica e recenti acquisizioni evidenziano una chiara relazione tra sedentarietà e dislipidemie, insulino-resistenza e, in misura meno evidente, malattie cardiovascolari.

Sebbene circa un terzo della popolazione abruzzese risulti attiva (in linea con i valori nazionali, dati dell'osservatorio nazionale PASSI), la prevalenza delle patologie croniche, soprattutto nella fascia di età anziana, risulta essere al di sopra della media nazionale. Ciò pone l'accento sulla necessità di ricorrere a strategie di prevenzione primaria attraverso interventi mirati sia ad aumentare l'attività fisica delle persone che a ridurre i comportamenti sedentari.

Evidenze

E' stato di recente dimostrato che gli interventi di counseling rivolti a piccoli gruppi di soggetti, con il fine di modificare i comportamenti individuali, mostrano il massimo beneficio (Wu et al, Am J Prev Med 2011), sebbene questi interventi siano più costosi degli interventi di popolazione.

Sostenibilità

Il progetto si basa su interventi a basso costo in cui sono facilmente coinvolgibili larghe fasce di popolazione. Risulta quindi sostenibile sia in termini di risorse umane che di somme da investire. In particolare, la promozione del movimento è incentrata principalmente sul cammino, sulla bicicletta e (nel caso dei bambini) sul gioco urbano, tre tipi di attività che si integrano molto bene anche con gli aspetti di sostenibilità ambientale.

Sistemi di sorveglianza

PASSI, PASSI d'ARGENTO.

Contrasto alle diseguaglianze

L'azione si svolgerà all'interno degli ambienti sanitari raggiungendo pazienti a tutte le classi sociali. Inoltre si privilegeranno la promozione e l'attuazione di attività motorie socialmente inclusive e che non richiedano attrezzature costose, così da poter educare ad un corretto stile di vita motorio anche a chi vive in condizioni disagiate.

AZIONE 1: Creazione di un gruppo di lavoro regionale composto da professionisti delle ASL abruzzesi e dell'università e CONI

Incontro con i responsabili dei Servizi (e relativo personale coinvolto) e definizione di una possibile linea guida regionale per la promozione dell'esercizio fisico, sulla base delle linee guida nazionali o internazionali esistenti.

Attività principali

Incontri con i referenti degli enti coinvolti (e relativo personale coinvolto).

TARGET	Personale sanitario operante presso le Aziende ULSS del Veneto; MMG			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	Università, CONI e ASL			

AZIONE 2: Creazione della rete di palestre territoriali

Reclutamento palestre territoriali idonee e disponibili ad adottare le linee guida regionali sulla promozione dell'esercizio fisico. Censimento delle palestre e realizzazione di incontri con i gestori e gli specialisti dell'esercizio delle palestre presenti nel territorio di competenza di ciascuna delle ASL. Presentazione del progetto, e raccolta adesioni.

Attività principali

1. Censimento palestre territoriali
2. Incontro con i gestori e gli specialisti dell'esercizio delle palestre
3. Raccolta adesioni

TARGET	Gestori delle palestre e dei centri fitness del territorio; specialisti dell'esercizio operanti presso suddette strutture			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	Palestre del territorio			

Indicatori sentinella

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Sviluppo di documento di indirizzo regionale				X	X
Raccolta adesioni rete territoriale palestre, numero di palestre aderenti				10	20

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015	2016	2017	2018
Azione 1				
Attività 1			X	X
Azione 2				
Attività 1		X		X
Attività 2			X	X
Attività 3			X	X

Analisi dei rischi

Scarsa risposta del territorio (ridotto numero di palestre disponibili ed idonee all'adesione).

Obiettivo centrale 2.1. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita.

Breve descrizione del progetto

La prevalenza dell'ipoacusia congenita è compresa tra 0.5 e 3 casi per mille nati. Il mancato riconoscimento di una perdita dell'udito comporta importanti ripercussioni quali: ritardo del linguaggio, dell'apprendimento, problemi comportamentali, diminuito benessere psicosociale, scarse capacità di adattamento e a un ridotto livello di istruzione.

Nei neonati ricoverati nelle TIN e in quelli con altri fattori di rischio (ad esempio nati a basso peso, con storia familiare di sordità, con anomalie cranio-facciali, con infezioni intrauterine, con assunzione di farmaci ototossici, con ventilazione meccanica neonatale durata più di 5 giorni, ecc.), la prevalenza è 10-20 volte maggiore.

Il razionale che giustifica l'esecuzione dello screening audiologico con emissioni otoacustiche provocate (TEOAE) per tutti i neonati è correlato al fatto che solo metà dei disturbi permanenti dell'udito si verifica in bambini con fattori di rischio, mentre l'altra metà si riscontra in bambini senza tali fattori.

Evidenze di efficacia

1. Screening dell'udito nei neonati: una revisione sistematica per valutare a posteriori la precisione, l'efficacia e gli effetti degli interventi dello screening Quicksummaryreview: Documento originale: Wolff R, Hommerich J, Riemsma R, Antes G, Lange S, Kleijnen J. Hearing screening in newborns: systematicreview of accuracy, effectiveness, and effects of interventionsafter screening. Archives of Disease in Childhood 2010; 95(2): 130-135
2. Screening universale dell'udito neonatale: una revisione sistematica per aggiornare la raccomandazione del "US Preventive Services Task Force" Quicksummaryreview: Documento originale: Nelson H.D., Bougatsos C., Nygren P.. Universal Newborn Hearing Screening: Systematic Review to Update the 2001 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis No. 62. AHRQ Publication No. 08-05117-EF-1. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality, July 2008.

Sostenibilità

L'esame di screening viene eseguito dal personale adeguatamente formato di tutti i punti nascita della Regione Abruzzo all'interno delle attività assistenziali, attualmente è già attività di sistema in 132 punti nascita su 180 appartenenti a 14 regioni italiane.

Sistema di sorveglianza

Non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzabili nella programmazione e nel monitoraggio/valutazione dei risultati. Verrà istituito un registro degli esami effettuati con le prevalenze degli invii alle UOC ORL e delle patologie riscontrate.

Contrasto alle disuguaglianze

Lo screening viene eseguito a tutti i neonati negli Ospedali della Regione Abruzzo. Può essere prevista un'attività di chiamata attiva telefonica per quei casi con minore compliance che non si sono presentati all'appuntamento di controllo di 2° livello.

Obiettivo specifico: Aumentare la proporzione dei neonati che effettuano lo screening audiologico neonatale

Attività

1. Formazione dei formatori aziendali e a cascata formazione del personale adibito ad effettuare lo screening.
2. Acquisizione delle attrezzature necessarie per effettuare lo screening.
3. Esecuzione dello screening dopo le prime 24 ore di vita, prima della dimissione e registrazione dell'esito dell'esame sulla lettera di dimissione e su un database interno ad ogni punto nascita.
4. Invio alla UOC di Otorinolaringoiatria dei soggetti con alterazioni nell'esame per l'esecuzione dei potenziali acustici evocati.

TARGET	Neonati negli Ospedali della Regione Abruzzo
---------------	--

SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	Ministero della Salute, Regione Abruzzo, ASL, Associazioni Onlus			
INDICATORI DI PROCESSO Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
2.1.1. Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico in tutti i punti nascita della Regione Abruzzo	0	0%	50%	100%

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno -2018			
	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.
Formazione dei formatori aziendali e a cascata formazione del personale adibito ad effettuare lo screening.			x	x								
Acquisizione delle attrezzature necessarie per effettuare lo screening.			x	x								
Esecuzione dello screening dopo le prime 24 ore di vita, prima della dimissione e registrazione dell'esito dell'esame sulla lettera di dimissione.					x	x	x	x	x	x	x	x
Invio alla UOC di ORL dei soggetti con alterazioni nell'esame per l'esecuzione dei potenziali acustici evocati.					x	x	x	x	x	x	x	x

Analisi dei rischi

Carenza di personale che nelle TIN non riesce a garantire la regolarità dell'esecuzione dell'esame. Tenendo in considerazione questo rischio la formazione può essere allargata agli infermieri professionali, agli infermieri pediatrici e ai tecnici audiometristi.

Obiettivo centrale 2.2. Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita.

Breve descrizione del progetto

Gli aspetti connessi alla cecità e all'ipovisione, soprattutto quando le patologie che ne sono all'origine, sono già evidenti alla nascita o nei primi stadi di sviluppo della persona, oltre a determinare un danno specifico alla funzione visiva interferiscono con numerosi altri sistemi funzionali ed influenzano negativamente il processo di maturazione cerebrale, lo sviluppo delle capacità e dei normali percorsi di apprendimento.

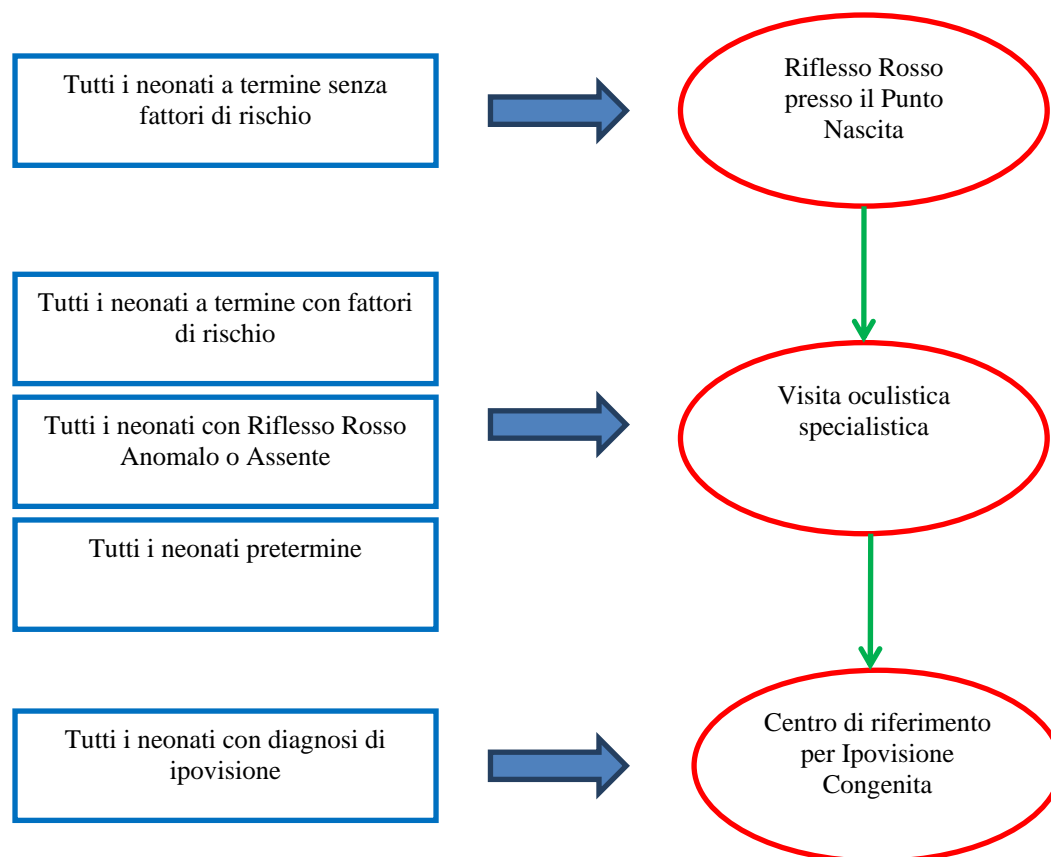
I più recenti protocolli internazionali prevedono l'esecuzione del test del riflesso rosso per tutti i neonati: lo scopo è individuare precocemente le opacità dei mezzi diottrici ed affrontare per tempo tutte le condizioni che determinino privazione visiva, in particolare la cataratta congenita, per la quale è possibile intervenire e migliorare la prognosi.

Evidenze di efficacia

- American Academy of Pediatrics, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; American Academy of Ophthalmology. Red Reflex Examination in Neonates, Infants and Children - Pediatrics Volume 122, Number 6, December 2008 1403
- American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology. Red reflex examination in infants and children. Pediatrics. 2002;109(5):980-981
- Ita Litmanovitz MD and TziporaDolfin MD. Red Reflex Examination in Neonates: The Need for Early Screening- IMAJ 2010; 12: 301-302

Tutta la letteratura è concorde nell'affermare la necessità dell'esame nei primi giorni di vita prima delle dimissioni dall'Ospedale per la diagnosi precoce della cataratta congenita e l'immediata presa in carico del paziente per un adeguato e tempestivo intervento chirurgico.

Fasi dello screening per ipovisione congenita



Sostenibilità

Lo screening viene eseguito a tutti i neonati durante i giorni di permanenza nei punti nascita.

Sistemi di sorveglianza

Non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzabili nella programmazione e nel monitoraggio / valutazione dei risultati. Verrà istituito un registro degli esami effettuati con le prevalenze degli invii alle Unità Operative di Oculistica e delle patologie riscontrate.

Contrasto alle diseguaglianze

Lo screening viene eseguito a tutti i neonati negli Ospedali della Regione Abruzzo. Il controllo effettuato prima delle dimissioni dall'Ospedale garantisce la copertura di tutti i neonati, evitando il rischio di un ritardato controllo dal Pediatra nei primi mesi di vita, in modo particolare per i neonati svantaggiati. Può essere prevista un'attività di chiamata attiva telefonica per quei casi con minore compliance che non si sono presentati all'appuntamento fissato per la presa in carico del paziente.

Obiettivo specifico: Aumentare la proporzione dei neonati che effettuano lo screening oftalmologico neonatale.

Attività

1. Esecuzione dello screening dopo le prime 24 ore di vita, prima della dimissione e registrazione dell'esito dell'esame sulla lettera di dimissione.
2. Invio alla UOC di Oculistica dei soggetti con alterazioni nell'esame per la presa in carico del paziente.

TARGET	Neonati negli Ospedali della Regione Abruzzo			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	Ministero della Salute, Regione Abruzzo, ASL, Associazioni Onlus			

Indicatori di Processo Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
2.2.1. Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico in tutti i punti nascita della Regione Abruzzo	0	0%	50%	100%

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.
Esecuzione dello screening dopo le prime 24 ore di vita, prima della dimissione e registrazione dell'esito dell'esame sulla lettera di dimissione					X	X	X	X	X	X	X	X
Invio alla UOC di Oculistica dei soggetti con alterazioni nell'esame per la presa in carico del paziente					X	X	X	X	X	X	X	X

Analisi dei rischi

Carenza di personale che non permette di garantire la regolarità dell'esecuzione dell'esame. Tenendo in considerazione questo rischio l'Unità Operativa di Oculistica dovrà modellare la propria attività di reparto inserendo nell'operatività quotidiana l'esecuzione dell'esame prima delle dimissioni del neonato.

Obiettivo centrale 6.4. Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS

L'obiettivo comprende due azioni, di seguito elencate, che contribuiscono anche (Azioni 5 e 6) alla realizzazione degli obiettivi centrali 1.3, 3.1 e 4.1 (Programma 2).

Azione 1. La formazione sui temi del Piano Regionale della Prevenzione da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)

DESCRIZIONE DELL'AZIONE

I MMG e i PLS svolgono già quotidianamente attività di comunicazione e di educazione alla salute per i loro pazienti.

La formazione al colloquio motivazionale breve si fonda sull'apprendimento dei fondamenti e delle abilità del Colloquio Motivazionale, con una maggiore focalizzazione sulle metodologie specifiche per far fronte alle situazioni più critiche, ovvero quelle in cui l'assistito mostra resistenza al cambiamento.

L'azione ha l'obiettivo di fare Formazione a tutti i MMG e i PLS, sul colloquio motivazionale breve, articolata in incontri a piccoli gruppi, ad alta interattività, per massimizzarne l'efficacia e da attuare su tre anni per mantenere la sostenibilità e la qualità dei formatori con l'obiettivo di:

1. fornire alcune tecniche e abilità che possono positivamente affiancarsi all'esperienza, alle conoscenze e alle capacità già possedute e consolidate dei professionisti
2. promuovere azioni che mirino a facilitare la modifica di comportamenti inadeguati per la salute.

La modalità didattica è caratterizzata dall'alternanza di momenti teorici, simulazioni, video e discussione, verifiche interattive

L'azione ha inoltre l'obiettivo di aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari e di aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) puntando sulla formazione dei MMG e dei PLS.

Inoltre il Piano Nazionale della Prevenzione mira a mettere in atto attività tese a migliorare la conoscenza del fenomeno degli incidenti domestici e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS e a sviluppare le conoscenze tra i MMG e i PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio.

EVIDENZE DI EFFICACIA

4. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010). A cura di: Scafato E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.
5. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo (OSSFAD)
6. Lancaster T, Stead L. *Physician advice for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev 2004;18(4):CD000165. Review.

SOSTENIBILITA'

Il progetto di formazione sarà effettuato all'interno del piano di Formazione specifica sui temi del Piano Regionale di Prevenzione ricorrendo alla identificazione di progetti formativi che, elaborati annualmente dalla commissione regionale ECM dell'Agenzia Sanitaria Regionale, possono essere svolti nell'ambito dei corsi dell'aggiornamento obbligatorio previsto dagli AA.CC.NN.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

A parte il PASSI e PASSI d'ARGENTO per l'indicatore 6.4.1., non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzati nella programmazione e nel monitoraggio/valutazione dei risultati. L'azione successiva mira proprio a fornire un sistema di sorveglianza ad hoc, tramite la raccolta dati dai MMG e PLS.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

I MMG e PLS hanno probabilità maggiori, rispetto agli specialisti, di raggiungere fasce di popolazione a maggior rischio.

OBIETTIVO SPECIFICO

Definire e qualificare il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta con l'obiettivo di conferire loro motivazioni, conoscenze e abilità (= competenze professionali, anche di comunicazione) adeguate a modificare in modo stabile – mediante un processo educativo svolto in prima persona – i comportamenti sugli stili di vita dei propri assistiti e a migliorare le loro conoscenze in tema di incidenti domestici e di integrazione ambiente-salute.

ATTIVITA'

1. Predisposizione di un Piano di Formazione sui temi compresi nel Piano Regionale di Prevenzione nei quali la formazione dei MMG e PLS possa concorrere al raggiungimento degli obiettivi centrali previsti e che possono essere affrontati secondo questo ordine:
 - Formazione all' acquisizione della capacità di effettuare un counselling breve su fumo, alcol e infortuni domestici;
 - Formazione all' acquisizione della capacità di effettuare un counselling breve su alimentazione corretta e sedentarietà
 - Notifica delle malattie infettive e vaccinazione antinfluenzale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio
 - Sviluppo delle conoscenze sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio
 - Miglioramento della conoscenza del fenomeno degli incidenti domestici e delle azioni di prevenzione
2. Inserimento del Piano di Formazione predisposto all'interno del piano di Formazione elaborato annualmente dalla commissione regionale ECM dell'Agenzia Sanitaria Regionale.
3. Formazione dei formatori
4. Realizzazione degli eventi formativi
5. Monitoraggio delle presenze e valutazione del risultato formativo.

TARGET	MMG e PLS			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	L'intervento scaturisce da un accordo fra l'Agenzia Sanitaria Regionale e i sindacati dei MMG e dei PLS della Regione che ribadisce l'importante ruolo dei MMG e dei PLS nelle politiche di prevenzione, mirando all'obiettivo di una co-progettazione di interventi consolidati su evidenza di efficacia e sostenibili.			
Indicatori di Processo Fonte: Ufficio Formazione ASL	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di MMG e di PLS che partecipano a tutti i corsi di formazione previsti nell'annualità di riferimento	0	40%	50%	60%
6.4.1. Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (PASSI-PASSI d'ARGENTO entro 5 anni)	Non rilevato	10%	15%	20%

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno -2018			
	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.
Predisposizione di un Piano di Formazione sui temi compresi nel Piano Regionale di Prevenzione nei quali la formazione dei MMG e PLS è prevista come azione che possa concorrere	X				X				X			

al raggiungimento degli obiettivi centrali previsti												
Inserimento del Piano di Formazione predisposto all'interno del piano di Formazione elaborato annualmente dalla commissione regionale ECM dell'Agenzia Sanitaria Regionale e realizzazione degli eventi formativi	X				X				X			
Formazione dei formatori	X	X			X	X						
Realizzazione degli eventi formativi		X	X	X		X	X	X		X	X	X
Monitoraggio delle presenze e valutazione del risultato formativo					X				X			

ANALISI DEI RISCHI

La mancata stipula dell'accordo (rischio killer) non permetterebbe la realizzazione del progetto.

Azione 2. Sistema centralizzato di monitoraggio sugli stili di vita attraverso supporto piattaforma gestionale.

BREVE DESCRIZIONE DEL PROGETTO

il progetto si propone di realizzare l'Informatizzazione delle procedure di rilevazione e elaborazione dati relative alle abitudini e ai comportamenti dei pazienti a supporto dell'iniziativa del MMG/PLS. Si tratta di predisporre appositi Sistemi di monitoraggio con strumenti informatici direttamente connessi in "WEB SERVICES" al gestionale di cartella clinica del MMG/PLS. Si intende realizzare un sistema informatico accessibile a tutti i professionisti coinvolti (MMG, spec. Prevenz, ecc) e che consenta, attraverso la corretta alimentazione delle informazioni da parte dei MMG/PLS, di elaborare e monitorare le evidenze statistiche sugli stili di vita in aderenza al PPR 14-18. In tal modo verrà posta in essere la c.d. "PREVENZIONE ATTIVA INTEGRATA" attraverso l'uso di un sistema informatico.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Il progetto si pone quale base strumentale e tecnologica a supporto del sistema di prevenzione e dei suoi principali attori coinvolti (MMG(PLS, servizi di Prevenzione, dipartimento regionale). La soluzione proposta, descritta al punto precedente, assicura la piena rispondenza alle esigenze di monitoraggio e verifica dai risultati e degli obiettivi previsti nell'ambito del PPR 14-18, rilevando in maniera strutturata e distribuita le informazioni di dettaglio relative alle abitudini e ai comportamenti connessi allo stile di vita dei pazienti. Di conseguenza, in forza del rapporto fiduciario del MMG/PLS con la popolazione target, si realizzerà un sistema in grado di garantire una corretta rilevazione delle informazioni di base e gli eventuali allineamenti anagrafici. In tal modo verrà garantita la sicurezza e la verificabilità dei dati e delle relative evidenze di sintesi (report , aggregati statistici, ecc) proprio grazie al particolare ed unico rapporto diretto medico – paziente.

SOSTENIBILITA'

Molti dei MMG operanti in Abruzzo hanno già software pronto per effettuare il data entry e l'estrazione.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Il progetto prevede appositi automatismi di rilevazione attraverso tecnologie WEB Services tra il sistema di rilevazione centrale e i gestionali delle cartelle cliniche del MMG/PLS. Nella fase transitoria d'avvio il sistema di rilevazione, preliminarmente all'implementazione dei WS, sarà accessibile on line con apposite credenziali. Attraverso apposite griglie di rilevazione il MMG/PLS dovrà compilare i campi previsti nel PPR 14-18 che, attraverso gli automatismi in argomento, saranno formalmente validati a livello informatico. Le griglie saranno predisposte sulla base delle esigenze condivise tra gli attori coinvolti nel progetto e saranno la base per il tracciato record di riferimento teso alla definizione di un apposito flusso informativo che il competente servizio regionale provvederà a disciplinare.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

I MMG e PLS hanno probabilità maggiori, rispetto agli specialisti, di raggiungere fasce di popolazione a maggior rischio.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Istituzione di gruppo regionale di lavoro per la costruzione delle griglie di rilevazione e monitoraggio dati, propedeutiche alla progettazione degli Add-on che implementino i gestionali dei MMG e PLS, preferenzialmente in collaborazione con altri enti preposti alla raccolta dati, quali ad esempio il Registro Tumori regionale.
2. Formazione degli operatori sanitari sulla corretta registrazione del dato
3. Avvio delle procedure inerenti le "azioni" da rivolgere alla popolazione target
4. Avvio a regime della trasmissione delle informazioni da parte di tutti i medici convenzionati MMG e PLS

ATTIVITÀ

1. Realizzazione del sistema informatico di rilevazione dati
2. Definizione tracciato record/griglia
3. Avvio automatismi in WEB SERVICES tra gestionale di cartella del MMG/PLS e Sistema centralizzato di monitoraggio sugli stili di vita attraverso supporto piattaforma gestionale
4. Sperimentazione di esercizio
5. Avvio in produzione

TARGET:

Operatori sanitari del Dipartimento della Prevenzione, esponenti della MMG PLS; servizio informatico regionale; servizio epidemiologico regionale, le fasce di popolazione di riferimento afferenti agli specifici progetti.

SETTING

Gli studi dei MMG e PLS quale sede per la raccolta e trasmissione del dato, oltre alle azioni da porre in essere finalizzate all'obiettivo dello specifico tema di prevenzione. Popolazione.

INTERSETTORIALITÀ

MMG,PLS, Dipartimento Regionale , servizio regionale competente per Sanità Digitale, servizi e dipartimenti ASL per la Prevenzione.

INDICATORI DI PROCESSO

1. Realizzazione sistema informatico
2. Rilevazione informativa
3. Validazione dei risultati da parte del gruppo regionale

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.
Istituzione di gruppo regionale di lavoro per la costruzione delle griglie di rilevazione e monitoraggio dati, propedeutiche alla progettazione degli Add-on che implementino i gestionali dei MMG e PLS	X											

Formazione degli operatori sanitari sulla corretta registrazione del dato	X	X										
Avvio delle procedure inerenti le "azioni" da rivolgere alla popolazione target					X	X						
Avvio a regime della trasmissione delle informazioni da parte di tutti i medici convenzionati MMG e PLS							X	X	X	X	X	X
Validazione dei risultati da parte del gruppo regionale											X	X

ANALISI DEI RISCHI DEL PROGETTO

Predisposizione e/o adeguamento dei propri sistemi informatici da parte dei MMG/PLS e trasmissione delle informazioni mediante apposita interfaccia (web service) con i sistemi regionali.

Programma 6. Screening oncologici

Il programma comprende i seguenti obiettivi centrali:

- 1.12. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target.
- 1.13. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico
- 1.14. Riorientare / avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA
- 1.15. Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella

Descrizione del programma complessivo e situazione attuale

Con deliberazione n. 346 del 23 maggio 2011 la Giunta regionale ha adottato l'atto con oggetto "Screening oncologici regionali mammografico, della cervice uterina e del colon retto. Ridefinizione modalità organizzative" con il quale sono state revocate le deleghe alle Asl capofila nella gestione degli screening demandando ad ogni Asl del territorio la gestione, organizzazione ed erogazione degli screening nell'ambito del territorio di riferimento, in quanto LEA.

Nel 2013 sono stati costituiti presso la Direzione Politiche della salute i comitati regionali degli screening oncologici della mammella, colon retto e cervice uterina ai quali sono stati attribuiti funzioni tecnico-scientifiche di supporto alla Direzione per la emanazione di linee guida e protocolli uniformi, attribuendo alla struttura regionale individuata nel Servizio Prevenzione Collettiva e nell'Ufficio Igiene e Sanità Pubblica il coordinamento degli stessi. Nello stesso anno la regione ha emanato le Linee Guida Regionali sugli Screening Oncologici della mammella, colon retto e cervice uterina " e deliberato la loro attivazione da parte delle Aziende Asl.

Per quanto concerne il test HPV con Deliberazione di Giunta Regionale n.1012 del 20 dicembre 2010 che aveva approvato il Piano regionale di prevenzione, in linea con la programmazione nazionale concernente il piano nazionale di prevenzione, la regione Abruzzo ha sviluppato specifici interventi in materia di screening introducendo per quanto concerne lo screening della cervice uterina il test HPV come test primario.

Nell'ambito del Programma Operativo 2013-2015 della regione Abruzzo è stato previsto nell'area Prevenzione come obiettivo l'innalzamento delle coperture per ciascuno degli screening fissando specifici obiettivi di copertura per ciascun anno:

- 30% anno 2013
- 50% anno 2014
- 65% anno 2015

Ad oggi Tutti e tre i programmi di screening, in quanto LEA sono attivi presso tutte le Aziende Asl dell'Abruzzo. Nonostante le attività messe in campo I risultati conseguiti dai programmi di screening regionali non sono soddisfacenti: le percentuali al 31.12.2014 sono infatti al di sotto della soglia ministeriale prevista:

- Screening cervicale: 28,43%
- Screening mammografico: 20,10%
- Screening coloretale: 8,43%

(Fonte: Servizio regionale sulla base di dati provenienti dalle Asl)

Evidenze

Il Programma si propone di migliorare i risultati conseguiti dalle Aziende Asl in termini di estensione ed adesione ai programmi dando continuità ad alcune attività svolte all'interno del PRP 2010-2012 (identificazione delle criticità dei tre screening, mantenimento e/o aumento dell'estensione nelle Aziende Asl, mantenimento attività di formazione) anche mediante azioni di ri-orientamento della prevenzione individuale spontanea verso i programmi di screening organizzati, alla luce delle evidenze sviluppate in questi anni(es. I costi sociali dello screening mammografico, una indagine in ambito di sanità pubblica, ISPO Firenze) in base alle quali la prevenzione individuale si dimostra mediamente meno efficace e più costosa rispetto alla prevenzione di popolazione mediante programmi di screening organizzati.

Sostenibilità

Il programma proposto appare sostenibile in quanto i programmi di screening, essendo compresi fra i LEA (DPCM 29/11/2001) e negli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Asl, costituiscono attività istituzionali e come tali devono essere garantite all'interno di ogni Azienda Asl.

Contrasto alle diseguaglianze

Dai dati PASSI emerge che i programmi di screening organizzato, in quanto percorsi di prevenzione attivi e gratuiti rivolti a tutta la popolazione bersaglio, rappresentino un ottimo strumento di equità e di facilitazione di accesso ai servizi sanitari; infatti, sebbene in maniera variabile tra i programmi, si osserva una riduzione delle differenze di adesione per quanto riguarda il grado di istruzione, lo stato civile, la cittadinanza e le difficoltà economiche riferite, rispetto alla prevenzione su iniziativa personale. Mantenendo, quindi, e/o aumentando la copertura della popolazione ai programmi di screening organizzato si ridurranno ulteriormente le diseguaglianze di accesso della popolazione ai Servizi di Prevenzione.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

La fonte per il monitoraggio e la verifica degli indicatori individuati per il Programma sarà la Survey annuale

Obiettivo centrale 1.12. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target.

Razionale

Il Piano Nazionale della Prevenzione individua tra i propri elementi di vision l'affermazione "della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare..." e "l'adozione di un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle diseguaglianze". Il ruolo fondamentale svolto dai programmi di screening organizzati in questo senso sono ampiamente documentati sia rispetto alla possibilità di soggetti più fragili di accedere alla prevenzione che alla possibilità che attraverso tale accesso possa esserci un effettivo guadagno di salute in tutta la popolazione.

Per quanto concerne la prevenzione oncologica, le linee strategiche da continuare ad adottare riguardano la diagnosi precoce di tumori e/o delle lesioni pre-tumorali mediante programmi di screening oncologico, per i tumori per i quali c'è evidenza di efficacia degli interventi di popolazione e che sono stati inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29/11/2001)(cervice uterina, mammella, colon retto). Tutti e tre i programmi di screening sono attivi presso tutte le ASL della Regione Abruzzo e sono coordinati dalla Regione, attraverso il Tavolo di coordinamento regionale Screening Oncologici, afferente al Servizio di Prevenzione Regionale.

Situazione attuale

L'attuale estensione degli inviti ai programmi di screening è diversificata sul territorio regionale e resa critica oltre che dalle problematiche organizzative di ciascuna ASL, dalla disponibilità di risorse e di accessi agli esami di primo e/o di secondo livello, dalle carenze del sistema informatico di gestione degli screening, di inadeguatezza degli archivi anagrafici, per cui la possibilità di implementare in maniera reale l'estensione degli inviti della popolazione target comporta l'adozione di azioni articolate in grado di intervenire a tutti i livelli su tali criticità.

Evidenze

E' dimostrato, e logicamente derivabile, che incrementando il numero di soggetti target invitati, aumenta di conseguenza il numero di adesioni. Similmente, è stato documentato che il coinvolgimento attivo dei MMG e la formazione degli operatori contribuiscono ad accrescere l'adesione agli screening oncologici.

Contrasto alle diseguaglianze

Dai dati PASSI emerge che i programmi di screening organizzato, in quanto percorsi di prevenzione attivi e gratuiti rivolti a tutta la popolazione bersaglio, rappresentino un ottimo strumento di equità e di facilitazione di accesso ai servizi sanitari; infatti, sebbene in maniera variabile tra i programmi, si osserva una riduzione delle differenze di adesione per quanto riguarda il grado di istruzione, lo stato civile, la cittadinanza e le difficoltà economiche riferite, rispetto alla prevenzione su iniziativa personale. Mantenendo, quindi, e/o aumentando la copertura della popolazione ai programmi di screening organizzato si ridurranno ulteriormente le diseguaglianze di accesso della popolazione ai Servizi di Prevenzione.

Sostenibilità

Il programma proposto appare sostenibile in quanto i programmi di screening, essendo compresi fra i LEA (DPCM 29/11/2001) e negli obiettivi dei Direttori Generali delle ASL, costituiscono attività istituzionali ormai ben strutturate e consolidate all'interno di ogni ASL; in quanto tali, quindi, devono continuare ad essere garantiti.

Sistemi di sorveglianza

La fonte per il monitoraggio e la verifica degli indicatori individuati per il Programma sarà la Survey annuale redatta dall'ONS, cui la regione invia periodicamente i dati.

Obiettivi specifici

Aumentare entro il 2018 l'estensione reale del programma di screening alla popolazione target fino a raggiungere il 100% per tutti e tre i programmi.

Azione 1. Garantire l'adeguatezza della fase di arruolamento

Tra gli ostacoli principali alla estensione degli inviti ed all'adeguato arruolamento alle attività di screening della popolazione, vi è l'attuale configurazione degli archivi anagrafici che risultano carenti a causa di una inadeguata manutenzione. Ciò determina sacche di popolazione non convocabile, perché priva di indirizzo o perché l'indirizzo è errato, o perché non presente in anagrafica. Per la corretta gestione degli arruolamenti, una adeguata gestione delle risorse ed un costante monitoraggio dei flussi e della pianificazione, oltre che per garantire un elevato standard qualitativo, si ritiene necessario che le ASL, in collaborazione e sotto la supervisione del sistema informativo regionale, collaborino con i comuni alla creazione di una procedura condivisa di scambio di informazioni anagrafiche, che preveda l'armonizzazione e l'integrazione dei dati provenienti dalle diverse fonti in tempi brevi, fino allo sviluppo di un unico database centralizzato affidabile ed in continuo aggiornamento automatizzato.

Attività principali

1. Sviluppo di criteri e procedure di scambio dei dati anagrafici tra comuni, ASL e Sistema informativo regionale
2. Attivazione e messa in funzione di un anagrafica integrata e aggiornata autonomamente

Indicatori sentinella

Target	Popolazione target dei tre screening oncologici regionali				
Setting	Ambienti sanitari X			Comunità □	
Intersectorialità	Amministrazioni Comunali e Aziende ASL e regione				
Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Stipula accordi con Comuni, ASL e Regione per la fornitura dei dati anagrafici	0%	0%	0%	100%	100%
Realizzazione di interfacciamento e flusso dei dati anagrafici	0%	0%	0%	0%	100%
% di persone in età target invitate - screening mammografico	50%	50%	60%	70%	85%
% di persone in età target invitate - screening cervice uterina	65%	65%	70%	70%	85%
% di persone in età target invitate - screening colo-rettale	35%	35%	40%	70%	85%

Obiettivo centrale 1.13. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico.

AZIONE 1: Riorientare la prevenzione individuale spontanea verso i programmi di screening

Questa azione è basata sull'evidenza che la prevenzione individuale si dimostra mediamente meno efficace, più costosa e meno equa rispetto alla prevenzione di popolazione mediante programmi di screening. Riorientando, quindi, la prevenzione spontanea verso i programmi di screening si ottiene una maggiore estensione e adesione agli stessi da parte della popolazione target.

Attività principali

- Integrazione del Gruppo tecnico regionale di Coordinamento con figure professionali con competenze avanzate nell'ambito della sanità pubblica, finalizzate a garantire il necessario supporto:
 - all'attività di integrazione tra i database anagrafici, di cui all'obiettivo 1.12
 - alle analisi epidemiologiche ed alla verifica dei risultati delle attività regionali (anche in relazione a quanto previsto dalle attività 2 e 4 di questo obiettivo).
- Adozione da parte del gruppo di coordinamento di un indirizzo regionale che verta al riassorbimento della prevenzione spontanea all'interno dei programmi di screening al fine di incrementare la copertura degli screening oncologici.
- Adeguamento di tutte le ASL a quanto previsto nelle Linee di indirizzo Regionale mediante presentazione di un piano di riconversione delle modalità di erogazione dei test di screening all'interno dei programmi organizzati affinché gli esami preventivi per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina, della mammella e del colon retto vengano ricondotti tutti all'interno dello screening organizzato con i criteri e le periodicità previsti.

TARGET (indicare la fascia di età)	Screening cervicale: 25-64 anni Screening coloretale: 50-69 anni Screening mammografico: 50-74 anni			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari x	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	Cittadini, MMG, Regione e ASL e specialisti ambulatoriali			

Azione 2. Monitorare (ed eventualmente adeguare) i percorsi strutturati per la gestione degli utenti arruolati.

L'efficacia degli screening è data anche dal loro essere strutturati come percorsi che vanno al di là dell'offerta dell'effettuazione di un esame diagnostico. La loro strutturazione è sottoposta a continue revisioni a livello internazionale, sulla base delle migliori evidenze ed è incardinato da indicatori che incidono sulla sua qualità e viene certificato da un sistema di audit. Le ASL hanno il compito di monitorare continuamente la qualità e l'aderenza dei percorsi in essere alle linee guida esistenti. Tale compito dovrà essere svolto dal Coordinamento Screening di ciascuna ASL.

Attività principali

Monitorare i percorsi di screening in ciascuna ASL.

Target	Popolazione target dei tre screening oncologici regionali	
Setting	Ambienti sanitari x	Comunità <input type="checkbox"/>
Intersectorialità	Strutture sanitarie impegnate negli screening e servizi informatici regionali e aziendali	

Azione 3: Mantenimento delle attività di formazione e delle attività dei gruppi di lavoro per le varie figure professionali

Questa azione è fondamentale per mantenere le performance dei programmi che raggiungono buoni livelli di qualità e mantenere o migliorare le performance dei programmi che presentano livelli di qualità e dati di copertura non rispondenti agli standard nazionali e regionali

Attività principali

1. Riunioni dei radiologi e dei tecnici coinvolti nello screening mammografico
2. Riunioni dei patologi coinvolti nello screening mammografico, cervicale e coloretale
3. Riunioni dei ginecologi colposcopisti coinvolti nello screening cervicale
4. Riunioni dei colonscopisti coinvolti nello screening coloretale
5. Formazione biennale di tutti gli operatori coinvolti nello screening

TARGET (indicare la fascia di età)	Operatori sanitari (target intermedio) Popolazione target screening (target finale): Screening cervicale: 25-64 anni, Screening coloretale: 50-69 anni, Screening mammografico: 50-74 anni			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari x	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'				

Azione 4. Coinvolgere maggiormente i Medici di Medicina Generale nel processo di arruolamento agli screening oncologici.

Ad oggi, è previsto che i MMG abruzzesi ricevano un incentivo per il solo counseling ai pazienti verso gli screening oncologici previsti dai LEA. In futuro si richiederà ai MMG un ruolo ancora più attivo, eventualmente monitorando la percentuale di assistiti facenti parte della popolazione a target che ha effettivamente aderito ai programmi di screening, e vincolando l'erogazione degli incentivi, almeno in parte, a tale risultato. La regione dovrà quindi prevedere lo sviluppo di un sistema di monitoraggio della percentuale di aderenti per ciascun MMG.

Attività principali

Definire un sistema di monitoraggio della percentuale di aderenti agli screening oncologici LEA per ciascun MMG.

Target	Popolazione target dei tre screening oncologici regionali	
Setting	Ambienti sanitari X	Comunità X
Intersectorialità	Regione, Medici di Base	

Indicatori	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Audit annuali interni alla ASL da parte del Coordinamento aziendale	Non presente	0%	50%	100%	100%
Definire un sistema di monitoraggio della percentuale di aderenti agli screening oncologici LEA per ciascun MMG	Non presente	0%	0%	100%	100%
% di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione invitata, cervice	30%	65%*	50%	50%	50%
% di persone che hanno aderito all'invito sulla	20%	65%*	60%	60%	60%

popolazione invitata, mammella					
% di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione invitata, colon retto	10%	65%*	50%	50%	50%

* Valori già fissati dal Programma Operativo 2013-2015 della regione Abruzzo (Allegato al Decreto del Commissario ad Acta n. 84 del 09.10.2013).

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015	2016	2017	2018
Azione 1				
Attività 1:		X		
Attività 2:				X
Azione 2				
Attività 1:		X	X	X
Azione 3				
Attività 1:		X	X	X
Attività 2:		X	X	X
Attività 3:		X	X	X
Attività 4:		X	X	X
Attività 5:		X	X	X
Azione 4				
Attività 1:		X		

Analisi dei rischi

- Disponibilità delle Amministrazioni Comunali a fornire i file delle anagrafiche opportunamente compilati in formato elettronico per effettuare gli aggiornamenti.
- Possibilità di realizzazione degli interfacciamenti informatici per la gestione dei flussi (anagrafici e sanitari).
- Grado di coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nella gestione della domanda sanitaria.

Obiettivo centrale 1.14. Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA.

Razionale e descrizione del programma

Il carcinoma della cervice uterina è attribuibile ad infezione da papilloma virus umano (HPV) praticamente nella totalità dei casi; la persistenza dell'infezione, inoltre, è necessaria per lo sviluppo delle lesioni intraepiteliali. Le evidenze a tal riguardo hanno suggerito l'applicazione di test molecolari per la ricerca di HPV ad alto rischio oncogeno (HR-HPV) nei programmi di screening. Fin dal 2006 il Ministero della Salute ha introdotto il test HPV in alcuni protocolli da adottare per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina. Successivamente sulla base di evidenze scientifiche il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute ha preso in considerazione l'ipotesi di introdurre il test HPV nello screening primario all'interno di applicazioni controllate con l'obiettivo di testarlo. Nel PNP 2010-2012 è stata avviata una sperimentazione per l'utilizzo del test HPV-DNA come test di screening primario. Nel 2012 è stato prodotto dall'Osservatorio Nazionale Screening ed emanato dal Ministero della Salute un documento di indirizzo che è il Report Italiano Health Technology Assessment (Epidemiologia e Prevenzione) contenente informazioni chiare rivolte ai decisori Regionali. Le indicazioni da adottare per garantire l'applicazione di protocolli di screening appropriati sono contenute nell'executive summary del rapporto HTA e prevedono che: * lo screening basato su test HPV non deve iniziare prima dei 30-35 anni* l'intervallo di screening dopo un test HPV negativo deve essere di almeno 5 anni* le donne HPV positive non devono essere inviate direttamente a colposcopia ma è necessario utilizzare sistemi di triage (pap-test di triage)* i test per il DNA di HPV oncogeni utilizzati devono essere validati quanto a sensibilità e specificità per le lesioni di alto grado.

Situazione attuale

A partire dall'anno 2010 la Regione Abruzzo ha avviato un progetto di fattibilità dell'utilizzo del test HPV come test primario con periodicità triennale rivolto a donne di età compresa tra 25 e 64 anni e ciò ha permesso di sviluppare le prime soluzioni organizzative richieste dal cambio di strategia di screening. Successivamente ed in base agli attuali riferimenti normativi sono state pubblicate a dicembre 2014 le Nuove Linee Guida Regionali dello Screening del cervico- carcinoma che prevedono invece la co-esistenza di due test primari differenziati per età e di due diversi intervalli di screening triennale e quinquennale. Alle donne di età compresa tra i 30 ed i 64 anni viene mantenuta la proposta attiva del test HPV-DNA con periodicità quinquennale e con Pap test di triage nei casi positivi previsti dal protocollo, mentre alle donne di età fra i 25 ed i 29 anni viene eseguito un pap test triennale. Questo passaggio ha permesso di allineare la nostra Regione alle evidenze che provengono dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale ed alle indicazioni dell'Osservatorio Nazionale Screening.

Evidenze

Nello studio HTA è stato dimostrato che uno screening con test clinicamente validati per il DNA di HPV oncogeni come test di screening primario, e con un protocollo appropriato, è più efficace dello screening basato sulla citologia nel prevenire i tumori invasivi del collo dell'utero. E' stato inoltre stimato che i costi complessivi dello screening basato sul test HPV sono inferiori a quelli di uno screening citologico con gli attuali intervalli, anche se il costo del singolo episodio di screening è superiore.

Sostenibilità

Il passaggio da uno screening triennale con test HPV primario rivolto a donne di età compresa tra 25 e 64 anni ad uno screening con test HPV quinquennale dal compimento dei 30 anni e fino ai 64 anni e con pap test triennale dai 25 ai 29 anni di età, comporterà un passaggio da 14 episodi di screening a 9 episodi di screening per ogni donna risultando così più costo-efficace.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

I sistemi di sorveglianza per lo screening del cervico-carcinoma a livello Nazionale sono: l'Osservatorio Nazionale Screening che monitora i programmi di Screening su mandato del Ministero della Salute, il GISCI che monitora gli indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening ed il Cnesps dell'Istituto Superiore di Sanità che monitora lo screening con il sistema di sorveglianza Passi. La Regione Abruzzo trasmette i dati al Gisici con due controlli a cadenza annuale.

Obiettivo: Riorientare il programma di screening per il cancro della cervice uterina utilizzando il test per la ricerca del DNA del Papilloma virus umano come test primario in donne di età compresa tra 30 e 64 anni. Per riorientare lo screening con il test HPV-DNA come test primario in modo da offrire al cittadino un approccio il più possibile uniforme e qualitativamente appropriato è necessario che vengano adottate azioni atte a garantire una omogenea ed adeguata messa a regime del processo.

Tale obiettivo verrà perseguito attraverso le seguenti azioni:

- Formazione degli operatori di screening;
- Sviluppo protocollo e procedure operative condivise tra le ASL;
- Monitoraggio indicatori dello screening con HPV e produzione ed elaborazione della survey;
- Correzione di eventuali criticità o problemi di qualità riscontrati nel corso dell'implementazione e dell'attività a regime.

Attività principali

1. Formazione operatori dei programmi di screening cervicale (segreterie di screening, ostetriche, ginecologi)
2. Implementazione protocollo e procedure operative relative allo screening con test HPV-DNA da parte delle ASL
3. Adeguamento e produzione di nuovi materiali informativi (lettere di invito, di risposta, opuscoli, note informative per utenti, per operatori, per MMG, etc.) da parte delle ASL sotto la regia regionale
4. Adozione dei software appropriati e monitoraggio

TARGET (indicare la fascia di età)	Popolazione target 30 64 anni per test HPV-DNA primario e 25 29 anni per pap test primario screening oncologico cervico-carcinoma regionale			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input checked="" type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	Aziende ASL, operatori degli screening, servizi informatici regionali ed aziendali			

Indicatori sentinella

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Definire i nuovi protocolli operativi I, II e III livello screening	Non presente	40%	100%		
Formare personale Aziendale		25%	50%	75%	100%
N. ASL con programmi attivi con nuovo programma HPV		0%	0%	50%	100%

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015	2016	2017	2018
Formazione operatori dei programmi di screening cervicale (segreterie di screening, ostetriche, ginecologi)		x		
Implementazione protocollo e procedure operative relative allo screening con test HPV-DNA da parte delle ASL		x	x	x
Adeguamento e produzione di nuovi materiali informativi (lettere di invito, di risposta, opuscoli, note informative per utenti, per operatori, per MMG, etc.) da parte delle ASL sotto la regia regionale			x	x
Adozione dei software appropriati e monitoraggio			x	x

Analisi dei rischi

Mancato adeguamento degli attuali sistemi informativi locali e centrali al nuovo protocollo screening.
Difficoltà di adesione delle Aziende Sanitarie ad individuare personale dedicato e strutture dedicate.

Obiettivo centrale 1.15. Identificare precocemente soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella.

Razionale e descrizione del programma

La definizione di percorsi integrati con i programmi di screening mammografico in essere per donne ad alto rischio di sviluppare il cancro della mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2 è uno degli obiettivi del PRP approvato con DRG 2705 del 29 dicembre 2014, a recepimento del PNP 2014/2018. Secondo evidenze scientifiche (Linee di indirizzo su “La genomica in sanità pubblica” etc....) le donne con storia familiare suggestiva della presenza di mutazioni nei geni BRCA1 o BRCA2 devono essere indirizzate alla consulenza genetica ed eventualmente ai test genetici al fine di identificare i soggetti a rischio di sviluppare il cancro della mammella nell’arco della vita e consentirne la diagnosi precoce.

Il cancro della mammella è il primo tumore per incidenza e prevalenza nella donna. Si stima che in Italia siano diagnosticati circa 46.000 nuovi casi/anno, e che circa il 5-7% di essi sia legato a fattori eredo-familiari, la maggior parte per mutazioni di uno dei due geni, BRCA-1 e BRCA-2. A queste donne, attraverso un approccio multidisciplinare, verrà offerto un programma personalizzato di diagnosi precoce e sorveglianza clinica e strumentale.

Il presente programma propone lo sviluppo di un percorso, messo a punto da un gruppo di esperti regionali, di diagnosi, sorveglianza e profilassi per le donne con rischio elevato per carcinoma mammario ereditario. Tale percorso dovrà essere delineato sulla base delle Linee guida o documento di indirizzo in materia che verrà predisposto dall’Osservatorio Nazionale sugli Screening (ONS), su mandato del Ministero della Salute. Il percorso regionale sarà adottato da tutte le ASL con l’auspicio che si riesca ad affrontare la problematica in modo organico tenendo conto della complessità della materia e dei molteplici livelli d’intervento necessari.

Situazione attuale

In assenza di specifiche norme nazionali e/o regionali che individuino le modalità di prescrizione e di erogazione dei test genetici per mutazioni di BRCA-1 e BRCA-2, vi è un’importante variabilità inter- e intra-regionale, per quanto attiene l’accesso ai test, la qualità e i costi dei servizi erogati che ha potenziali ricadute negative sugli utenti. È stata anche rilevata una fortissima eterogeneità tra i laboratori per quanto riguarda le metodiche di analisi adottate, le tariffe per le prestazioni e i tempi di refertazione.

Evidenze

A livello internazionale vi sono molte linee guida di buon livello (per esempio NCCN, NICE, US Preventive Task Force). Tuttavia esistono aree di incertezza su quale sia il miglior sistema di sorveglianza da adottare per le donne portatrici di mutazione (vedasi revisione Cochrane 2013). Le evidenze su quali siano le migliori procedure di sorveglianza periodica, di terapia medica profilattica e di modifica degli stili di vita sono limitate; sono invece più consolidate quelle sugli interventi profilattici chirurgici da prevedere, rispetto alle procedure standard proposte alla popolazione generale. L’ONS ha rilevato che su aspetti non marginali inerenti l’organizzazione, la sorveglianza e il trattamento, le evidenze in letteratura e le opinioni degli esperti sono contrastanti. E’ stato chiesto pertanto al Ministero della Salute di dare mandato all’ONS di organizzare una revisione sistematica delle evidenze di letteratura, una valutazione di Health Technology Assessment (HTA) e una successiva conferenza di consenso con tutti i soggetti interessati in tema di identificazione, presa in carico, counseling, protocolli di intervento, sorveglianza, management profilattico e riduzione del rischio nelle donne portatrici di mutazione genetica ereditaria. Tali Linee guida, una volta stilate, saranno prese in considerazione per la realizzazione del percorso regionale di diagnosi, sorveglianza e profilassi per le donne con rischio elevato per carcinoma mammario ereditario.

Sostenibilità

Le statistiche demografiche per l’Abruzzo, anno 2014, riportano 1.333.939 abitanti, di cui 685.644 di sesso femminile. Dai dati AIRTUM, sono diagnosticati in media ogni anno 152 casi di tumore della mammella ogni 100.000 donne, corrispondenti a circa 1.000 nuovi casi/anno per l’Abruzzo. Considerando che il 5-7% di tali tumori può essere legato a fattori ereditari, abbiamo in Abruzzo ogni anno circa 70 donne su cui effettuare il test genetico. In caso di presenza di mutazione, il test va eseguito sui familiari sani potenziali portatori della mutazione, e da includere nel presente programma di sorveglianza e diagnosi precoce. Considerando per ogni paziente affetto circa 2 familiari sani da testare, il numero complessivo di test/anno si può aggirare intorno ai 150-200 test/anno. L’erogazione dei test genetici predittivi per le mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2 prevede un costo unitario per test di circa 1.500 Euro, per un costo complessivo quindi stimabile intorno 500.000 (+100.000) euro/anno.

Occorre creare un sistema sostenibile di identificazione delle donne ad alto rischio di tumore mammario ereditario, di diagnosi, sorveglianza, e valutazione degli interventi profilattici e di riduzione del rischio, definito secondo i modelli di riferimento e basato su strutture organizzate in rete

Contrasto alle disuguaglianze

Occorre fare in modo che l'accesso al percorso di diagnosi, sorveglianza e profilassi per le donne con rischio elevato per carcinoma mammario ereditario da parte delle donne che desiderano approfondire il proprio rischio eredo/familiare e delle donne inviate in base a consiglio medico sia gratuito.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

Il percorso realizzato dovrà essere specificamente monitorato e valutato. A questo scopo, andranno definiti, anche da parte dell'ONS, specifici indicatori di processo e di risultato, da rilevare ed analizzare routinariamente.

Obiettivi specifici	
1.	Identificare le donne ad alto rischio di tumore mammario ereditario e garantire a quelle che desiderano conoscere se sono portatrici di tali mutazioni genetiche, un percorso di definizione del rischio chiaro, evidence-based e gratuito
2.	Garantire alle donne con rischio elevato per carcinoma mammario ereditario un percorso di sorveglianza e profilassi

AZIONE 1: Organizzazione di un percorso di diagnosi, sorveglianza e profilassi per le donne con rischio elevato per carcinoma mammario ereditario.

Il tavolo regionale di coordinamento creato ad hoc, sulla base di Linee Guida che sono in fase di stesura da parte dell'ONS su mandato del Ministero della Salute, individuerà le strutture qualificate, gli strumenti di selezione della popolazione a rischio e di verifica delle donne portatrici di mutazione genetica, le modalità di presa in carico, gli interventi di counseling, i protocolli di sorveglianza, di intervento profilattico e di riduzione del rischio.

Attività principali

1. Creazione di un tavolo di lavoro istituzionale regionale
2. Censimento dei percorsi attuali esistenti per l'identificazione delle donne con rischio di tumore mammario ereditario e sulla presa in carico delle stesse
3. Predisposizione di un percorso regionale strutturato per l'identificazione delle donne ad alto rischio di tumore mammario ereditario e per la gestione del rischio eredo-familiare di tumore della mammella sulla base di linee guida nazionali e procedure operative standard nazionali/regionali tuttora in fase di stesura

TARGET (indicare la fascia di età)	Popolazione femminile possibilmente a partire da 25 anni			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari x	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>

AZIONE 2: Diffusione e adozione del percorso in tutte le ASL della Regione Abruzzo

Successivamente allo sviluppo del percorso di diagnosi, sorveglianza e profilassi per le donne ad alto rischio di carcinoma mammario ereditario, la Regione si impegna a sviluppare un piano coordinato di informazione e formazione su tale percorso rivolto alla popolazione e agli ambienti sanitari e a pianificare la modalità di diffusione di tale percorso in tutte le ASL.

Attività principali

1. Sviluppo di un piano coordinato di informazione/ formazione sui tumori ereditari e sul percorso organizzativo regionale
2. Programmazione regionale di messa in atto delle azioni prioritarie da svolgere per l'attivazione del

percorso organizzativo deliberato in tutto il territorio regionale.

TARGET	Popolazione femminile possibilmente a partire da XX anni			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari x	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>

Indicatori sentinella

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Numero di ASL che adottano il percorso organizzativo secondo programmazione regionale / Totale ASL	-	-	-	50%	100%

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015	2016	2017	2018
Azione 1				
Attività 1:	x	x	x	x
Attività 2:	x	x		
Attività 3:		x	x	x
Azione 2				
Attività 1:			x	x
Attività 2:			x	x

ANALISI DEI RISCHI

L'introduzione di un percorso di diagnosi, sorveglianza e profilassi per le donne con rischio elevato per carcinoma mammario ereditario all'interno di una organizzazione di rete regionale e aziendale potrà porre importanti problematiche di tipo organizzativo, trattandosi di una materia recente di Sanità Pubblica, che necessita ancora della definizione di diverse questioni basilari e molto complessa.

Possibili ritardi a livello nazionale nella stesura di Linee guida, indirizzi e relativi indicatori di processo.

Programma 7. Guida sicura

Il programma comprende i seguenti obiettivi centrali:

- 5.1. Ridurre il numero di decessi per incidente stradale
- 5.2. Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale
- 5.3. Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida

Tali obiettivi saranno raggiunti attraverso 7 azioni trasversali. Visto l'elevato grado di integrazione, gli obiettivi non sono pertanto stati descritti singolarmente, ma sono state di seguito descritte le azioni in dettaglio. Gli indicatori specifici per ciascun obiettivo sono comunque dettagliati nello schema "Obiettivi e Indicatori".

Descrizione del programma

Con il precedente Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2013 il tema degli incidenti stradali era stato affrontato:

- prevalentemente dal punto di vista della relazione tra questi e la guida sotto l'effetto dell'alcol, in considerazione di quanto emerso dalla sorveglianza PASSI per il periodo 2007-2009, e estendendo le azioni al rischio legato al consumo di alcol in rapporto alla guida professionale;
- sulla scorta della necessità di intervenire sulla composizione delle commissioni mediche locali in coerenza con quanto previsto dalla Legge 125/01, e
- sul percorso di restituzione delle patenti sospese per guida in stato di ebbrezza (che risultava non strutturato e comunque tale da non garantire omogeneità e adeguatezza dei criteri adottati per il giudizio di idoneità).

Dall'analisi di contesto emergeva peraltro la difficoltà di monitoraggio dell'andamento dei ricoveri conseguenti ad incidenti stradali a causa della carente qualità di compilazione delle SDO.

Anche sulla base delle prove di efficacia fornite dalla letteratura, venivano quindi pianificati interventi di tipo informativo (campagne coordinate tra SSR e Forze di Polizia sui contenuti del codice della strada riferiti alla guida sotto l'effetto dell'alcol) e formativo (nei confronti degli istruttori di autoscuola, delle forze di polizia municipale e dei medici competenti, questi ultimi sul tema dell'individuazione precoce e dell'intervento breve per la prevenzione dei problemi e dei danni alcol correlati); si prevedeva la costruzione di un sistema informativo regionale per la sorveglianza epidemiologica dei traumi da incidenti stradali (a partire dal miglioramento della qualità delle SDO) e un intervento sul percorso di valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti con problemi alcol-correlati.

Gli obiettivi di processo individuati venivano solo in parte raggiunti, limitatamente alle azioni erogate direttamente dai Dipartimenti di Prevenzione o realizzate sotto il diretto controllo della cabina di regia regionale: si trattava in particolare della formazione dei medici competenti e dell'emanazione di linee guida regionali per l'integrazione delle Commissioni Mediche Locali con un Medico Alcolologo (ai sensi della Legge n. 125/01) e per la valutazione dell'idoneità alla guida nei casi di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica.

La riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale legata al Piano di Rientro, le difficoltà operative dei Dipartimenti di Prevenzione (condizionate dalla carenza di operatori) e le difficoltà nell'esercizio della funzione di governance regionale e locale ostacolavano sia l'adozione delle linee di indirizzo regionali, sia le azioni rivolte al sistema delle autoscuole sia il coinvolgimento delle Forze dell'Ordine.

L'analisi del contesto attuale vede (analogamente a quanto si osserva a livello nazionale):

- una progressiva riduzione del numero di incidenti stradali nella regione e del tasso di mortalità rispetto ai residenti (che tuttavia resta al di sopra della media nazionale, mostrando una riduzione più lenta della media),
- un maggior numero di eventi mortali per la popolazione ultra64enne (complessivamente coinvolta con più frequenza nella provincia di Teramo) e
- una più alta proporzione di eventi lesivi non mortali per i giovani (soprattutto nella provincia di Pescara).

La provincia di L'Aquila si colloca nel 2012 fra quelle con il più alto tasso di mortalità rispetto sia alla popolazione sia agli incidenti. Nelle provincie di Pescara e di Teramo si osserva una particolare frequenza di incidenti con il coinvolgimento di biciclette.

Se si considera l'indice di mortalità, la tipologia di incidente stradale più pericolosa è l'investimento di pedone (5,2 decessi / 100 incidenti nel 2013). Nel complesso, i pedoni rappresentano circa ¼ dei deceduti e il 6,2% dei feriti (tra questi ultimi, particolarmente numerosi gli ultra64enni).

Nel 2012 nella regione, a seguito di incidenti stradali si sono verificati 88 decessi e sono rimaste ferite 5476 persone. I dati INAIL nello stesso anno indicano che 1408 lavoratori e lavoratrici (circa 1/4 del totale) hanno riportato un infortunio stradale sul lavoro o in itinere mentre erano alla guida di un veicolo (nel 90% dei casi) o trasportati, prevalentemente a bordo di un'autovettura. Il dato appare sottostimato, non comprendendo i lavoratori e le lavoratrici che si spostavano a piedi.

Assume particolare rilievo il fatto che nel 2013 il 65% degli incidenti stradali con lesioni alle persone avvenuti nella regione si sono verificati nel territorio dei 17 comuni con più di 15.000 abitanti, ed hanno causato il 40% dei decessi e il 63% dei feriti.

I comportamenti di guida errati risultano alla base della maggior parte degli incidenti: il mancato rispetto della precedenza o dei semafori sulle strade urbane (per il 24,2% degli incidenti sulle strade urbane nel 2013); la distrazione e/o l'eccesso di velocità sulle strade extraurbane.

Il numero di ricoveri attribuibili con certezza ad incidente stradale nel 2012 è stato pari a 1010 (rispetto ai circa 1300 del 2009).

Se si utilizza l'algoritmo ISS elaborato per l'OMS ai fini della stima dei ricoveri in base al numero di decessi, il numero di ricoveri atteso nel 2012 sarebbe stato pari a 1760 (con 220 nuovi invalidi gravi in esito ai traumi). La scarsa qualità delle SDO, criticità già osservata nel precedente Piano e tuttora irrisolta, particolarmente per la compilazione del campo "traumatismi ed intossicazioni", potrebbe giustificare lo scostamento tra il dato osservato e quello atteso.

Dal sistema PASSI emerge una prevalenza di intervistati che dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol pari al 9,39% nel quadriennio 2010 – 2013 (significativamente superiore al dato del pool di ASL, che è pari a 9,12%), ma pari a 7,3% nel 2013 (rispetto al 8,7% nazionale). La prevalenza dei soggetti che hanno riferito di essere stati sottoposti ad etilotest nel quadriennio e di essere stati fermati per controlli dalle forze dell'ordine non è significativamente diversa da quella relativa al pool. Particolarmente bassa la frequenza di coloro che dichiarano di indossare la cintura di sicurezza sui sedili posteriori (13%, con percentuali particolarmente basse tra i giovani) rispetto al dato nazionale, che evidenzia comunque una frequenza bassa di utilizzo.

Tra i fattori di rischio legati alla persona, e in particolare alle condizioni di salute, negli ultimi anni è andata crescendo l'attenzione per i disturbi respiratori che generano sonnolenza durante il giorno, ai quali è dedicata una Direttiva della Commissione Europea del 10 luglio 2014 (n. 2014/85/UE), il cui termine di recepimento è stato fissato al 31 dicembre 2015. La Direttiva, considerando che la sindrome delle apnee ostruttive da sonno rappresenta uno dei principali fattori di rischio negli incidenti automobilistici (l'aumento stimato del rischio è compreso tra 3,5 e 8 volte rispetto alla popolazione di controllo), prevede il suo inserimento tra le patologie che richiedono una specifica valutazione in fase di rilascio della patente di guida. In tempi relativamente brevi, questa patologia (in generale sottovalutata rispetto al suo rilievo anche sociale) sarà quindi presa in considerazione ai fini dell'idoneità psico-fisica alla guida.

Per questo motivo, nell'ambito del programma sono state inserite azioni finalizzate ad una diffusione delle conoscenze e ad un miglioramento delle competenze e delle capacità dei medici (compresi i medici competenti) di riconoscimento in fase precoce dei segni e sintomi della patologia, finalizzato all'attivazione di un percorso terapeutico.

Visto il contesto epidemiologico e gli obiettivi centrali indicati nel macro obiettivo di riferimento del Piano Nazionale della Prevenzione, proseguendo le azioni individuate nel precedente Piano e consolidando gli obiettivi conseguiti, gli interventi relativi ai comportamenti alla guida riguarderanno quindi prioritariamente il consumo di alcol e l'uso dei dispositivi di sicurezza, tenendo comunque conto degli obiettivi definiti negli "Orientamenti programmatici della CE sulla sicurezza stradale" 2011 – 2020 e nel Piano Nazionale della Sicurezza Stradale Orizzonte 2020 in fase di emanazione, che individua come utenti della strada a maggior rischio motociclisti, ciclisti, pedoni e lavoratori coinvolti in incidenti stradali. Si ricercherà la convergenza tra istituzioni (anche alla luce delle misure previste nel Piano Regionale per la Tutela della Qualità dell'aria, in fase di aggiornamento) per gli interventi finalizzati alla sicurezza infrastrutturale e al controllo del rispetto delle norme di sicurezza stradale. Le azioni individuate si richiamano alle indicazioni fornite dalla letteratura in materia di EBP (che orientano verso interventi multicomponente). Per quanto riguarda i pedoni ed i ciclisti, l'intervento sui fattori di rischio comportamentali alla guida e sulla sicurezza delle strade urbane è anche mirato a facilitare le azioni per la promozione dell'attività motoria.

Un'azione rivolta in modo specifico al miglioramento della qualità delle SDO, anche ai fini del monitoraggio dei ricoveri ospedalieri conseguenti ad incidente stradale, viene inserita nel programma n. 1.

DISUGUAGLIANZE: Le azioni finalizzate alla promozione della sicurezza stradale sono mirate prioritariamente alla tutela degli utenti deboli della strada, fra i quali sono inclusi soggetti svantaggiati dal punto di vista socio-economico.

TRASVERSALITA': Intersettoriale.

SETTING IDENTIFICATO: Comunità, ambienti di lavoro.

SCHEMA OBIETTIVI E INDICATORI

	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
<p>Obiettivo specifico (O.S.) 1: Promuovere la pratica dell'audit sulla sicurezza delle strade urbane e provinciali caratterizzate da incidentalità ripetuta</p> <p>O.S. 2: Promuovere l'adozione di misure e strutture finalizzate al miglioramento della sicurezza stradale dei ciclisti e dei pedoni nei tratti stradali extraurbani a rischio</p> <p>O.S. 3 Promuovere l'adozione di interventi efficaci per il miglioramento della sicurezza stradale nei comuni con numero di abitanti superiore a 15.000</p> <p>O.S.4: migliorare la conoscenza nella collettività dei rischi correlati alla sindrome delle apnee ostruttive notturne e la capacità diagnostica in fase precoce dei medici di medicina generale e dei medici competenti</p>	<p>5.1 ridurre il numero di decessi per incidente stradale</p> <p>5.2 ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale</p>	Accordi con amministrazioni comuni capoluogo per la promozione della pratica dell'audit	n.r.	1 Accordo
		Protocolli di Intesa con Enti proprietari/gestori di strade extraurbane a rischio	n.r.	1 Protocollo di Intesa
		Protocolli di Intesa con comuni non capoluogo > 15.000 abitanti	n.r.	1 Protocollo di Intesa
		Eventi formativi ECM per MMG e Medici Competenti (INDICATORE SENTINELLA)	n.r.	2 eventi formativi ECM realizzati
		5.1.1 Tasso di decessi per incidente stradale	52,5 / 1.000.000 ab.	-20% (42 / 1.000.000 ab.)
5.2.1 Tasso di ricoveri per incidente stradale	4,9%	4,41 % (-10%)		
O.S. 5: promuovere l'uso di dispositivi di ritenuta sui sedili posteriori	5.3 aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	<p>Diffusione materiali informativi nell'ambito di iniziative di sensibilizzazione con il coinvolgimento delle Forze di Polizia</p> <p>5.3.1 Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza</p>	<p>n.r.</p> <p>PASSI 2013: cinture di sicurezza posteriori</p>	<p>4 iniziative nella regione</p> <p>21,45% >95%</p>

	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
<p>O.S. 6: Migliorare l'efficacia del percorso di restituzione dell'idoneità alla guida ai soggetti con patente sospesa per guida in stato di ebbrezza alcolica</p> <p>O.S. 7: Migliorare la consapevolezza in materia di rischi collegati alla guida sotto l'effetto dell'alcol negli aspiranti guidatori.</p>		per adulti e bambini	"sempre": 14,3% Casco "sempre": 94%	<p>Protocolli ASL applicati su 100% dei conducenti con violazione art. 186 CdS</p> <p>2 corsi nella regione</p> <p>5,25%</p>
		Protocolli coerenti con linee di indirizzo regionali applicati su conducenti con violazione art. 186 CdS (INDICATORE SENTINELLA)	n.r.	
		Corsi per istruttori ed insegnanti di scuola guida su effetti dell'alcol sulla guida	n.r.	
		5.3.2. Guida sotto l'effetto dell'alcol	7,5%	

Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma 7

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
AZIONE A7.1	Promuovere la pratica dell'audit sulla sicurezza delle strade urbane e provinciali caratterizzate da incidentalità ripetuta	Accordi con Amministrazioni dei comuni capoluogo per la promozione della pratica dell'audit	Documenti di Accordo		n.r.		Almeno 1 Accordo		

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
AZIONE A7.2	Promuovere l'adozione di misure e strutture finalizzate al miglioramento della sicurezza stradale dei ciclisti e dei pedoni nei tratti stradali extraurbani a rischio	Protocolli di Intesa con Enti proprietari/gestori di strade extraurbane a rischio	Protocolli di intesa		n.r.		Almeno 1 Protocollo d'Intesa		
AZIONE A7.3	Promuovere l'adozione di interventi efficaci per il miglioramento della sicurezza stradale nei comuni con numero di abitanti superiore a 15.000	Protocolli di Intesa con comuni non capoluogo > 15.000 abitanti	Protocolli di intesa		n.r.		Almeno 1 Protocollo d'Intesa		
AZIONE A7.4	Migliorare la conoscenza nella collettività dei rischi correlati alla sindrome delle apnee ostruttive notturne e la capacità diagnostica in fase precoce dei medici	Eventi formativi ECM per MMG e Medici Competenti	Regione (report annuale)	Numero eventi ECM/anno	n.r.		1 evento ECM realizzato	1 evento ECM realizzato	1 evento ECM realizzato

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
	di medicina generale e dei medici competenti								
AZIONE A7.5	Promuovere l'uso di dispositivi di trattenuta sui sedili posteriori	Diffusione materiali informativi nell'ambito di iniziative di sensibilizzazione con il coinvolgimento delle Forze di Polizia	Regione (report annuale e Materiali informativi diffusi)		n.r.		1 iniziativa nella regione realizzata	1 iniziativa nella regione realizzata	2 iniziative nella regione realizzate
AZIONE A7.6	Migliorare l'efficacia del percorso di restituzione dell'idoneità alla guida ai soggetti con patente sospesa per guida in stato di ebbrezza alcolica	Conducenti con violazione art. 186 CdS valutati dalle C.M.L. secondo protocollo coerente con linee di indirizzo regionali	Commissioni Mediche Locali (report da registri di attività)	Numero conducenti con violazione art. 186 CdS valutati secondo il protocollo / totale conducenti con violazione art. 186 valutati / anno	n.r.		Protocolli ASL coerenti con Linee di Indirizzo regionali pubblicati su siti web ASL	Protocolli ASL applicati su 80% dei conducenti con violazione art. 186 CdS	Protocolli ASL applicati su 100% dei conducenti con violazione art. 186 CdS
AZIONE A7.7	Migliorare la consapevolezza in materia di rischi collegati alla guida sotto l'effetto dell'alcol negli aspiranti guidatori.	Corsi per istruttori ed insegnanti di scuola guida su effetti dell'alcol sulla guida	Ser.D. (report annuale attività)		n.r.		Modulo formativo condiviso con rappresentanti autoscuole	1 corso per istruttori ed insegnanti di scuola guida realizzato nella regione	1 corso per istruttori ed insegnanti di scuola guida realizzato nella regione

AZIONE A7.1: Promuovere la pratica dell'audit sulla sicurezza delle strade urbane e provinciali caratterizzate da incidentalità ripetuta.

DESCRIZIONE	L'azione è finalizzata all'organizzazione del coordinamento regionale del programma e alla sensibilizzazione delle amministrazioni dei comuni a maggior rischio di incidenti stradali su strade urbane e delle amministrazioni provinciali rispetto all'implementazione dello strumento dell'audit come presupposto dell'individuazione di interventi efficaci di miglioramento della sicurezza stradale (sia degli utenti deboli, sia degli automobilisti). Prevede infatti di promuovere audit sulla sicurezza delle strade urbane dei comuni con più di 15.000 abitanti (ove nel 2013 si sono verificati più del 65% degli incidenti stradali) e dei tratti delle strade provinciali caratterizzati da incidentalità ripetuta, alla luce degli orientamenti programmatici della CE sulla sicurezza stradale 2011 – 2020. A questo scopo si ricercherà la collaborazione con i Centri di Monitoraggio della Sicurezza stradale recentemente istituiti a livello regionale e in uno dei quattro comuni capoluogo.
GRUPPO BENEFICIARIO PRIORITARIO SETTING	Utenti della strada Comunità; Ambienti di lavoro
GRUPPI DI INTERESSE	Dipartimenti di Prevenzione; Amministrazioni comunali e provinciali; Associazione Italiana familiari e vittime della strada ASAPS; ACI; FIAB (Federazione Italiana Amici della Bicicletta); Centro di Monitoraggio e Gestione della Sicurezza Stradale (CMG) Comune di Pescara; Centro regionale di monitoraggio della sicurezza stradale (CRAMOSS)
PROVE DI EFFICACIA TRASVERSALITA' PER L'AZIONE	Rif.: Pedestrian Safety: a road safety manual for decision-makers and practitioners (WHO, 2013) Intersettoriale
ATTIVITA' PRINCIPALI	A7.1.1 costituzione gruppo di coordinamento del programma in ogni ASL e individuazione coordinatore A7.1.2 individuazione di esperienze di audit sulla sicurezza stradale condotte nella regione (con il coinvolgimento del CRAMOSS) A7.1.3 accordi con le amministrazioni comunali dei comuni capoluogo per la promozione di iniziative di audit A7.1.4 Sostegno e partecipazione ad iniziative di formazione (a livello di ASL) per la disseminazione delle competenze nei comuni con più di 15.000 abitanti, in collaborazione con i centri di monitoraggio della sicurezza stradale attivi nella regione A7.1.5 Promozione e sostegno ad iniziative di divulgazione dei risultati a livello regionale e locale
RISCHI E MANAGEMENT	Difficoltà di coinvolgimento delle amministrazioni comunali e provinciali (anche per motivi legati a difficoltà finanziarie) e dei Centri di Monitoraggio della sicurezza stradale
SOSTENIBILITA'	L'azione è finalizzata a migliorare la consapevolezza delle amministrazioni locali rispetto al tema della valutazione come passaggio preliminare alla progettazione

CRONOPROGRAMMA AZIONE A7.1

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015				2016				2017				2018				
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Attività A7.1.1	Coordinatore PRP			X														
Attività A7.1.3	Referente di programma ASL					X	X											
Attività A7.1.4	Referente di programma ASL							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE A7.2: Promuovere l'adozione di misure e strutture finalizzate al miglioramento della sicurezza stradale dei ciclisti e dei pedoni nei tratti stradali extraurbani a rischio.

DESCRIZIONE	Attraverso il coinvolgimento di gruppi di interesse in rappresentanza degli utenti deboli della strada, questa azione (in logica continuazione dell'azione A7.1), mira a promuovere l'adozione di misure e strutture finalizzate al miglioramento della sicurezza stradale dei ciclisti e dei pedoni nei tratti stradali extraurbani per i quali emerge una situazione di rischio per gli utenti deboli della strada, che fra l'altro disincentiva pratiche salutari quali quelle promosse dai gruppi di cammino e dalle associazioni di cicloamatori.
GRUPPO BENEFICIARIO PRIORITARIO SETTING IDENTIFICATO PER L'AZIONE	Utenti deboli della strada Comunità Ambienti di lavoro
GRUPPI DI INTERESSE	Dipartimenti di Prevenzione; Enti Locali; Associazione Italiana familiari e vittime della strada ASAPS; ACI; FIAB (Federazione Italiana Amici della Bicicletta); Gruppi di cammino locali
PROVE DI EFFICACIA TRASVERSALITA'	Intersettoriale
ATTIVITA' PRINCIPALI	A7.2.1 coinvolgere i gruppi di interesse nella individuazione dei tratti stradali extraurbani a maggiore traffico ciclistico e/o pedonale, delle piste ciclabili e dei tracciati ciclopedonali extraurbani esistenti A7.2.2 stipulare protocolli di intesa con gli enti locali proprietari delle strade individuate, finalizzati a sostenere la valutazione dei rischi per la sicurezza stradale per il miglioramento della sicurezza degli utenti deboli A7.2.3 promuovere la valutazione della sicurezza dei tratti stradali extraurbani individuati, e la progettazione di soluzioni efficaci
RISCHI E MANAGEMENT	Scarso coinvolgimento delle amministrazioni locali legato soprattutto alla carenza di personale e di risorse finanziarie
SOSTENIBILITA'	L'azione si propone di promuovere le attività di valutazione della sicurezza delle strade come attività "ordinarie" ai fini dell'implementazione di soluzioni efficaci

CRONOPROGRAMMA AZIONE A7.2

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015				2016				2017				2018				
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
A7.2.2	Referente di programma ASL			X	X	X	X											
A7.2.3	Referente di programma ASL					X	X	X	X									

AZIONE A7.3: Promuovere l'adozione di interventi efficaci per il miglioramento della sicurezza stradale nei comuni con numero di abitanti superiore a 15.000.

DESCRIZIONE	Poiché la maggioranza degli incidenti stradali con lesioni alle persone e una quota rilevante di decessi risulta concentrata nei 17 comuni della regione con più di 15.000 abitanti, è opportuno prevedere un intervento di promozione di interventi efficaci per il miglioramento della sicurezza stradale che coinvolga quelle amministrazioni comunali. Questi saranno di volta in volta individuati (sulla base anche dell'audit condotto secondo quanto previsto dall'azione A7.1) tra quelli di provata efficacia (in base alle indicazioni della letteratura) che riguardano le riorganizzazione della mobilità urbana (quali percorsi pedonali protetti casa-scuola, verso strutture sanitarie e luoghi di culto), o che comportano l'adozione di misure di controllo del rispetto delle norme in materia di circolazione stradale (quali le redlights camera installate sui semafori degli incroci a maggior rischio di incidentalità). Anche in questo caso si cercherà la collaborazione con i Centri di Monitoraggio della sicurezza stradale recentemente istituiti.
GRUPPO BENEFICIARIO PRIORITARIO SETTING IDENTIFICATO PER L'AZIONE	Utenti della strada dei comuni con più di 15.000 abitanti
GRUPPI DI INTERESSE	Comunità, Ambiente di Lavoro Dipartimenti di Prevenzione; Amministrazioni comunali; Associazione italiana familiari vittime della strada; ASAPS; ACI FIAB; Centro di Monitoraggio e gestione della Sicurezza stradale del Comune di Pescara; Centro regionale di monitoraggio della sicurezza stradale (CRAMOSS)
PROVE DI EFFICACIA TRASVERSALITA'	Gli interventi di cui si prevede la promozione attraverso l'azione sono quelli per i quali si sono individuate prove di efficacia in letteratura Intersettoriale
ATTIVITA' PRINCIPALI	A7.3.1 Protocolli di Intesa per la promozione dell'audit sulla sicurezza stradale con i comuni non capoluogo >15.000 abitanti A7.3.2 Realizzazione dell'audit sui tratti stradali a rischio con il coinvolgimento dei residenti nelle aree interessate e dei portatori di interesse A7.3.3 Valutazione condivisa dei risultati dell'audit e individuazione delle misure più adeguate in funzione della tipologia di rischio A7.3.4 Recepimento di eventuali contributi dei residenti e dei portatori di interessi A7.3.5 Applicazione delle misure condivise A7.3.6 Valutazione di efficacia
RISCHI E MANAGEMENT SOSTENIBILITA'	Difficoltà di coinvolgimento delle amministrazioni comunali e dei centri di monitoraggio della sicurezza stradale Le attività previste sono finalizzate a promuovere modifiche dell'approccio abituale al tema della sicurezza stradale (compresa la condivisione con le comunità interessate) e all'introduzione di misure stabili nel tempo

CRONOPROGRAMMA AZIONE A7.3

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015				2016				2017				2018			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività A7.3.1	Referente ASL del programma									X	X						
Attività A7.3.2	Amministrazione comunale interessata										X	X					
Attività A7.3.3	Amministrazione comunale interessata											X	X				
Attività A7.3.4	Amministrazione comunale interessata												X	X			
Attività A7.3.5	Amministrazione comunale interessata													X	X	X	X
Attività A7.3.6	Amministrazione comunale interessata																X

AZIONE A7.4: migliorare la conoscenza nella collettività dei rischi correlati alla sindrome delle apnee ostruttive notturne e la capacità diagnostica in fase precoce dei medici di medicina generale e dei medici competenti

DESCRIZIONE	La scarsa consapevolezza sui rischi legati alle OSAS (sia per la salute sia per la sicurezza, con particolare riguardo all'entità dei rischi per la sicurezza stradale) richiede un intervento di informazione diffusa della collettività, visto che l'incidenza stimata è intorno al 4% per gli uomini e al 2% per le donne, che la patologia interessa una quota rilevante di guidatori professionali (in particolare di mezzi pesanti), e che il timore delle conseguenze sulla idoneità alla guida possono costituire un motivo di forte disincentivazione alla "emersione". È importante che coloro che soffrono della patologia (o che ne avvertono i sintomi) siano indotti ad avviare spontaneamente un percorso diagnostico e terapeutico, con il supporto dei medici di assistenza primaria e dei medici competenti, ai quali prioritariamente saranno indirizzati interventi di formazione all'individuazione dei segni e dei sintomi delle OSAS in fase precoce, finalizzata all'avvio verso un percorso di approfondimento diagnostico e terapeutico nei tempi più rapidi possibili.
GRUPPO BENEFICIARIO PRIORITARIO SETTING	Utenti della strada Comunità, ambienti di lavoro.
GRUPPI DI INTERESSE	Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, Unità Operative di medicina Legale, strutture sanitarie ospedaliere ed universitarie specializzate in disturbi respiratori nel sonno, Medici competenti, medici di assistenza primaria
TRASVERSALITA'	associazioni di difesa dei diritti dei malati , associazioni di farmacie, associazioni di autoscuole Intersettoriale
ATTIVITA' PRINCIPALI	A7.4.1 analisi del bisogno formativo in materia di diagnosi e terapia delle OSAS di medici di medicina generale e medici competenti attraverso la richiesta di compilazione di questionari ad hoc A7.4.2 Elaborazione progetto formativo destinato ai MMG A7.4.3 inserimento del progetto formativo nell'ambito del Piano Formativo dei MMG A7.4.4 realizzazione di uno o più eventi formativi per i MMG nella regione in funzione del numero di partecipanti A7.4.5 Elaborazione progetto formativo dedicato ai medici competenti A7.4.6 accreditamento ECM A7.4.7 Realizzazione di uno o più eventi formativi per i medici competenti nella regione, in funzione del numero di partecipanti A7.4.8 Elaborazione di materiali informativi sulle OSAS e distribuzione attraverso medici di medicina generale, medici competenti, farmacie, autoscuole
RISCHI E MANAGEMENT SOSTENIBILITA'	Difficoltà di coinvolgimento dei MMG nella formazione. Le attività sono finalizzate a sviluppare conoscenze e competenze destinate a mantenersi nel tempo.

CRONOPROGRAMMA AZIONE A7.4

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015				2016				2017				2018			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività A7.4.1	Clinica ORL Università di Chieti			X													
Attività A7.4.2	Cinica ORL Università di Chieti				X												
Attività A7.4.3	Agenzia Regionale Sanitaria					X											
Attività A7.4.4	Clinica ORL Università di Chieti									X	X	X	X	X	X	X	X
Attività A7.4.5	Clinica ORL Università di Chieti				X												
Attività A7.4.6	Clinica ORL Università di Chieti					X											
Attività A7.4.7	Clinica ORL Università di Chieti						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività A7.4.8	Clinica ORL Università di Chieti			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE A7.5: Promuovere l'uso di dispositivi di trattenuta sui sedili posteriori.

DESCRIZIONE	<p>L'obbligo dell'uso delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è ampiamente e diffusamente disatteso sia in Europa, sia in Italia. I dati PASSI evidenziano un uso delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori particolarmente basso nella regione, soprattutto fra i giovani. Il mancato rispetto di questo obbligo prevede sanzioni sia per il passeggero, sia per il guidatore, per il quale il codice della strada prevede la detrazione di 5 punti dalla patente di guida. Dunque, da questo punto di vista, sarebbe "interesse" del guidatore che il trasportato sul sedile posteriore allacci la cintura.</p> <p>Per quanto riguarda le conseguenze del mancato uso delle cinture sui sedili posteriori, nel corso degli incidenti e in occasione di frenate brusche, i passeggeri non trattenuti, catapultati verso i sedili anteriori, rappresentano un rischio fatale per quelli che siedono davanti.</p> <p>Si tratta di due aspetti non conosciuti o sottovalutati dalla maggior parte delle persone.</p> <p>Con questa azione si prevede di avviare un'attività di informazione sui rischi legati a questo comportamento, organizzando eventi dimostrativi (es.: simulazioni delle conseguenze di incidenti con mancato uso delle cinture di sicurezza posteriori) e coinvolgendo come testimonial personaggi noti localmente, oltre che le Forze di Polizia</p>
GRUPPO BENEFICIARIO PRIORITARIO SETTING	<p>Utenti della strada</p> <p>Comunità</p> <p>Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dei DEA delle ASL , Forze di Polizia</p>
GRUPPI DI INTERESSE	<p>Associazione italiana familiari e vittime della strada</p> <p>ASAPS (associazione sostenitori amici polizia stradale)</p>
TRASVERSALITA'	<p>Intersettoriale</p>
ATTIVITA' PRINCIPALI	<p>A7.5.1 costituzione gruppo di coordinamento delle attività a livello di ASL</p> <p>A7.5.2 Preparazione materiali informativi</p> <p>A7.5.3 organizzazione eventi dimostrativi nelle principali città della regione</p> <p>A7.5.4 coinvolgimento testimonial per eventi finalizzati alla diffusione dei materiali informativi e al confronto</p>

CRONOPROGRAMMA AZIONE A7.5

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015				2016				2017				2018				
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Attività A7.5.1	Gruppo di coordinamento del programma				X													
Attività A7.5.2	Gruppo di coordinamento delle attività				X	X												
Attività A7.5.3	Gruppo di coordinamento delle attività						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE A7.6: migliorare l'efficacia del percorso di restituzione dell'idoneità alla guida ai soggetti con patente sospesa per guida in stato di ebbrezza alcolica.

DESCRIZIONE	Con il precedente PRP erano state elaborate linee di indirizzo regionali per il percorso di restituzione dell'idoneità alla guida per i conducenti con patente sospesa per guida in stato di ebbrezza alcolica. Le linee di indirizzo sono state solo parzialmente applicate. Se ne prevede la revisione finalizzata all'implementazione di procedure più efficaci di identificazione dei conducenti con uso di alcol a rischio e percorsi info-educativi per un comportamento più corretto alla guida
GRUPPO BENEFICIARIO PRIORITARIO SETTING	Conducenti che si presentano alla CML per rinnovo/conferma patente dopo violazione art. 186
GRUPPI DI INTERESSE	Comunità; Ambienti sanitari
PROVE DI EFFICACIA	Operatori Servizi per le Dipendenze; Unità operative di Medicina Legale – Commissioni Mediche Locali; Associazione italiana familiari e vittime della strada; ASAPS (associazione sostenitori amici polizia stradale), FF.OO.; Motorizzazione Civile
TRASVERSALITA'	Le attività previste si richiamano alle indicazioni dell'European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020- World Health Organization 2012
ATTIVITA' PRINCIPALI	Intersettoriale A7.6.1 costituzione gruppo di lavoro regionale per l'aggiornamento delle linee di indirizzo A7.6.2 revisione e aggiornamento linee di indirizzo e pubblicazione sul sito web della Regione A7.6.3 formalizzazione delle linee di indirizzo a livello regionale A7.6.4 recepimento formale delle linee di indirizzo da parte delle ASL A7.6.5 stesura di protocolli ASL coerenti con le linee di indirizzo regionali e pubblicazione sul sito web ASL A7.6.6 applicazione protocolli ASL su tutti i conducenti con violazione art. 186 A7.6.7 costituzione team di ASL per i corsi di informazione / formazione obbligatori nel percorso di restituzione dell'idoneità alla guida A7.6.8 avvio dei corsi di informazione / formazione in tutte le ASL
RISCHI E MANAGEMENT SOSTENIBILITA'	Carenza di risorse di personale per la realizzazione delle attività info-educative. Le attività sono destinate ad essere mantenute nel tempo

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015				2016				2017				2018				
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Attività A7.6.1	Gruppo di coordinamento di Programma			X														
Attività A7.6.2	Gruppo di lavoro regionale				X	X												
Attività A7.6.3	Coordinatore regionale del PRP					X												
Attività A7.6.4	Direttori Generali ASL						X											
Attività A7.6.5	Direttori Generali ASL							X	X									
Attività A7.6.6	Presidenti Commissioni Mediche Locali									X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività A7.6.7	Direttori Generali ASL								X									
Attività A7.6.8	Direttori/RespSer.D.									X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE A7.7: Migliorare la consapevolezza in materia di rischi collegati alla guida sotto l'effetto dell'alcol negli aspiranti guidatori.

DESCRIZIONE	Formazione degli insegnanti istruttori di scuola guida al fine dell'inserimento nel loro insegnamento teorico-pratico per il conseguimento delle patenti di guida di un pacchetto informativo condiviso relativo agli effetti dell'uso di alcol sulla guida
GRUPPO BENEFICIARIO	Aspiranti alla acquisizione della patente di guida
PRIORITARIO	
SETTING IDENTIFICATO PER L'AZIONE	Comunità Ambienti sanitari Operatori Servizi ASL per le dipendenze
GRUPPI DI INTERESSE	Istruttori ed insegnanti di scuola guida presenti in tutto il territorio regionale Associazione italiana familiari e vittime della strada ASAPS (associazione sostenitori amici polizia stradale), Forze di Polizia
PROVE DI EFFICACIA	Le attività previste si richiamano alle indicazioni dell'Europeanactionplan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020- World Health Organization 2012
TRASVERSALITA'	Intersettoriale
ATTIVITA' PRINCIPALI	A7.7.1 Costituzione e formazione del team dedicato di operatori del Ser.D. (uno per ogni ASL) A7.7.2 Elaborazione del modulo formativo e condivisione con rappresentanti delle autoscuole presenti nel territorio A7.7.3 Raccolta delle adesioni A7.7.4 Realizzazione di Corsi per istruttori e insegnanti di scuola guida circa gli effetti dell'alcol sulla guida
RISCHI E MANAGEMENT	Mancata partecipazione al corso degli istruttori/insegnanti di scuola guida Carenza di risorse di personale per la realizzazione delle attività Elevato turn-over di operatori Ser.D.

CRONOPROGRAMMA AZIONE A7.7

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015				2016				2017				2018				
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Attività A7.7.1	Responsabili Ser.D.				X													
Attività A7.7.2	Coordinatore del team					X	X											
Attività A7.7.3	Coordinatore del team							X	X									
Attività A7.7.4	Coordinatore del team									X	X	X	X	X	X	X	X	X



Programma 8. Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali

Il programma comprende i seguenti obiettivi centrali:

- 7.2. Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle Malattie Professionali (MP) (già descritto in dettaglio nel Programma 10, cui si rimanda)
- 7.3. Sostenere il ruolo di RLS / RLST e della bilateralità
- 7.4. Promuovere / favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale
- 7.5. Promuovere / favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende
- 7.7. Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni
- 7.8. Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit
- 8.9. Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione (obiettivo riferito alla sorveglianza degli ex esposti ad amianto attraverso la disponibilità dei dati al COR - Centro Operativo Regionale - del ReNAM - Registro Nazionale Mesoteliomi)

Descrizione del Programma

Il programma si pone in parziale continuità con le azioni avviate con il precedente PRP 2010 – 2013. Raccoglie e integra gran parte delle azioni afferenti agli obiettivi del macro obiettivo 8 del PNP 2014-2018, declinate con riferimento alle azioni e agli obiettivi dei Piani Nazionali di Prevenzione di comparto (Edilizia e Agricoltura – Silvicoltura, attivati già nel precedente Piano) e dei tre “nuovi” Piani Nazionali: per l'emersione e la prevenzione delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico, di prevenzione sui cancerogeni occupazionali e i tumori professionali (“trasversali” ai due Piani di comparto), di prevenzione del rischio da stress lavoro-correlato e promozione del benessere organizzativo. Le azioni previste integrano gli obiettivi generali dei PNP e dei Piani di comparto e di rischio, tenendo conto della carenza di prove di efficacia di forza sufficiente a supportare singole tipologie di intervento, e delle indicazioni a supporto di interventi multifattoriali con la combinazione di attività diverse (a partire da vigilanza, informazione e formazione), mantenute nel tempo e il più possibile coerenti con uno standard nazionale.

Con il PRP 2010 – 2013 erano già stati avviati due progetti finalizzati alla prevenzione degli infortuni nei due comparti prioritari per rischio nel contesto regionale (l'edilizia e l'agricoltura), inquadrati nei due specifici Piani di Prevenzione di comparto. Per l'edilizia erano stati individuati due obiettivi generali: aumento della consapevolezza degli attori della prevenzione nel comparto, anche attraverso il miglioramento delle competenze degli operatori di vigilanza (delle ASL, delle DTL e dell'INAIL); miglioramento dell'efficacia delle azioni di vigilanza e controllo, attraverso individuazione e rispetto di criteri di priorità nella selezione dei cantieri, coordinamento della vigilanza tra i diversi organi competenti e raggiungimento degli obiettivi di copertura nel rispetto del DPCM 17 dicembre 2007 (Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro). Le attività messe in atto consentivano il conseguimento di tutti gli obiettivi di processo individuati, ad eccezione di quello relativo all'applicazione efficace dei criteri di priorità nella scelta dei cantieri da controllare.

Per l'agricoltura, l'intervento sistematico di livello regionale è stato avviato solo con il PRP 2010-2013; gli obiettivi individuati (mirati soprattutto agli aspetti prioritari di sicurezza, con particolare riferimento alle macchine agricole) venivano raggiunti e comprendevano: la formazione omogenea degli operatori di vigilanza delle ASL, la copertura dello standard (procedurale e quantitativo) individuato a livello nazionale per il controllo delle aziende e la misura dell'efficacia degli interventi (in termini di proporzione di macchine agricole messe in sicurezza a seguito dei controlli). Nonostante i reiterati tentativi messi in atto nel corso dello sviluppo e della realizzazione delle attività previste nel progetto, non è stato possibile accedere ai dati indispensabili per la costruzione e l'aggiornamento dell'anagrafe delle aziende agricole attive nella regione, e questo ha rappresentato una forte criticità ai fini di una corretta programmazione degli interventi a livello regionale e locale.

I dati regionali di contesto indicano per l'edilizia un andamento grossolanamente parallelo a quello nazionale, con una progressiva riduzione sia del numero di imprese sia (soprattutto) del numero di addetti. I dati relativi all'agricoltura (comunque parziali, poiché i numerosi tentativi di ottenere l'anagrafe regionale delle aziende agricole non hanno avuto successo) testimoniano la predominanza dell'agricoltura tradizionale, con la metà circa delle imprese condotte da coltivatori diretti, e una lieve tendenza all'aumento del numero di aziende attive nel 2012; questo aumento non recupera comunque la flessione negli anni precedenti. L'ultimo censimento dell'agricoltura indica la presenza di 33.423 aziende agricole con più di 50 giornate di lavoro / anno, 1.876 delle quali superano le 500 giornate.

Tra il 2000 ed il 2012 gli infortuni sul lavoro denunciati si sono ridotti del 27% circa (-10,5% nel 2012 rispetto al 2011), e si è parallelamente ridotta la quota di infortuni in occasione di lavoro definiti positivamente, che si attesta nel 2012 intorno al 55%. La riduzione ha interessato soprattutto gli infortuni definiti con inabilità temporanea (-46% nel 2012 rispetto al 2000) ed è stata parallela all'aumento della proporzione di casi riconosciuti con inabilità permanente (dato consolidato: +30% nel 2011 rispetto al 2000). Il numero di infortuni mortali è passato da 47 (nel 2000) a 18 (nel 2012). Il comparto delle costruzioni rende conto del 25% degli infortuni gravi (cioè di quelli che hanno determinato inabilità temporanea superiore ai 40 giorni o inabilità permanente o morte), anche se il totale degli infortuni nel comparto ha subito, come nel resto d'Italia, una progressiva riduzione. Anche in agricoltura si è assistito ad una riduzione degli infortuni tra il 2008 ed il 2012, come a livello nazionale, ma con una dinamica lievemente inferiore, con una riduzione più evidente a partire dal 2010, anno in cui sono state avviate sistematicamente le azioni previste dal precedente PRP. Nello stesso periodo si sono ridotti anche gli infortuni mortali "INAIL" in agricoltura, ma costituiscono ancora un fenomeno non trascurabile gli infortuni gravi e mortali legati all'uso del trattore da parte di soggetti non assicurati INAIL, per i quali è stato attivato (in coerenza con il Piano Nazionale Agricoltura) un apposito sistema di rilevazione delle cause e delle dinamiche.

Le denunce di Malattie Professionali nella regione sono andate aumentando dal 2001 al 2012, come a livello nazionale, ma in modo più consistente: il numero delle denunce nel 2011 è più che raddoppiato rispetto al 2008 (2,4 volte, rispetto a 1,5 a livello nazionale); parallelamente, nel 2011 i casi manifestatisi e definiti positivamente è più di 5 volte quello riferito al 2011, rispetto al semplice raddoppio a livello nazionale. Si tratta di una "emersione" concentrata nel settore dell'agricoltura (i casi di malattie professionali in agricoltura definiti positivamente nella regione sono poco meno della metà del totale delle definizioni positive per ciascuno degli anni fra il 2009 e il 2012); dopo una brusca impennata nel 2009 (anno in cui i casi denunciati nel complesso dei comparti produttivi sono aumentati del 65% rispetto all'anno precedente), il fenomeno ha subito un rallentamento, tale da portare ad un incremento del numero di denunce poco superiore al 29% nel 2013 rispetto al 2009.

Le malattie professionali denunciate nel comparto delle costruzioni rappresentano il 16% del totale della Gestione INAIL Industria tra il 2010 e il 2013; anche per questo comparto le denunce (e i casi riconosciuti) sono andati progressivamente aumentando. Quelle denunciate in agricoltura, seppure in riduzione, hanno rappresentato una quota rilevante del totale in tutte le Gestioni INAIL: dal 35% del 2009 al 40% del 2010 al 25% nel 2013.

Tra le quattro province, quella di Chieti mostra il maggior numero di casi di malattia professionale, particolarmente rilevante in agricoltura.

A partire dal 1999 si osserva un progressivo incremento del numero di casi di patologie da sovraccarico biomeccanico definiti positivamente (nel 2009 e nel 2010 questi rappresentano il 13% dei casi di patologie omologhe riconosciuti dell'INAIL in Italia), con un brusco incremento dal 2008 delle patologie dei dischi intervertebrali (al primo posto tra le patologie da sovraccarico biomeccanico dal 2007 al 2009), che si riducono poi bruscamente, lasciando al primo posto le patologie tendinee e al secondo le affezioni dei muscoli e dei legamenti.

Al contrario, la sotto-notifica delle neoplasie professionali nella regione continua ad essere evidente, e fra il 1994 e il 2012 il 44% dei tumori professionali definiti positivamente dall'INAIL comprende casi associati palesemente all'esposizione ad amianto, o a questa attribuibili, e neoplasie ad alta frazione etiologica. Il 13% dei tumori professionali definiti positivamente è associato ad esposizione nel comparto delle costruzioni (la metà di questi casi è costituita da mesoteliomi pleurici) e in agricoltura. Confrontando i dati regionali con quelli nazionali, si osserva una quota relativamente bassa di tumori della pleura, dei polmoni, della trachea, dei bronchi. In Abruzzo è attivo, con riferimento alle disposizioni contenute nell'art. 244 del D.Lgs. n. 81/08, soltanto il COR del Registro Nazionale Mesoteliomi (ReNaM). I casi di mesotelioma attribuiti ad esposizione ad amianto dal COR Abruzzo sono in numero sensibilmente più alto rispetto a quelli definiti positivamente dall'INAIL, pur riferendosi ad un periodo di incidenza inferiore (15 anni dal 2000 al 2014 rispetto ai 19 anni dal 1994 al 2012 della casistica INAIL); a questo si aggiunga che il numero di casi giunti all'attenzione del COR è costantemente inferiore al numero di casi incidenti, per criticità legate alla sottonotifica da parte delle fonti primarie e alla mancanza, ad oggi, di un registro tumori di popolazione attivo; il grado di certezza nell'individuazione risente d'altra parte dei tempi non trascurabili intercorrenti tra l'assegnazione dei casi ai SPSAL, la conduzione delle interviste e la restituzione dei questionari, legati alla carenza di personale nei Servizi.

Infine, i contenuti dell'art. 259 del D.Lgs. 81/08 riferiti al tema della sorveglianza sanitaria successiva alla cessazione dell'esposizione professionale ad amianto hanno generato, in Abruzzo come nel resto d'Italia, istanze sociali volte ad ottenere il soddisfacimento di veri e propri bisogni socio-sanitari da parte dei lavoratori e delle loro famiglie, che comprendono la necessità di conoscere il grado della pregressa esposizione e i diritti previdenziali, al bisogno di assistenza medico – legale per il riconoscimento di eventuali patologie professionali, all'accesso a programmi di promozione della salute, alla presa in carico ai fini della diagnosi e cura da parte del servizio sanitario per i soggetti affetti da patologie connesse alla passata esposizione. Per questo motivo la regione ha aderito al progetto nazionale multicentrico finalizzato alla definizione di un protocollo standardizzato di sorveglianza sanitaria da applicare omogeneamente sul territorio nazionale ed ha avviato un progetto di sperimentazione del protocollo, che troverà continuità nel presente programma.

Misure per le disuguaglianze

i comparti (agricoltura ed edilizia) ed i rischi (sovraccarico biomeccanico, esposizione a cancerogeni, stress lavoro-correlato) prioritari degli interventi sono quelli caratterizzati da una quota significativa di lavoratori e lavoratrici addetti a mansioni poco qualificate e ad alto rischio di irregolarità del rapporto di lavoro, per i quali il rischio di infortuni e malattie professionali risulta più elevato. L'esposizione al rischio di infortuni legato all'uso di macchine e attrezzature e al lavoro in quota interessa il 31,3% della popolazione attiva maschile e l'11,5% di quella femminile, con una frazione attribuibile alle disuguaglianze socioeconomiche pari rispettivamente al 59,9% e al 62,7%; l'impatto di un intervento preventivo sulla popolazione esposta a rischio determinerebbe una riduzione della prevalenza pari al 14,1% nella popolazione esposta a rischio e al 5,9% nella popolazione generale, collocando questo tipo di intervento al secondo posto tra quelli più promettenti in termini di riduzione delle disuguaglianze nella regione. Anche l'intervento sull'esposizione a poveri, gas e cancerogeni si mostra in grado di contribuire in modo non irrilevante sulle disuguaglianze: l'esposizione a questi rischi coinvolge il 24,4% della popolazione maschile attiva e il 9,8% di quella femminile, con un prevedibile impatto in termini di riduzione della prevalenza dell'11,1% nella popolazione esposta a rischio e del 4,6% nella popolazione generale. I rischi da sovraccarico biomeccanico si collocano al settimo posto della graduatoria, con una prevalenza di esposti pari al 24,1% della popolazione attiva maschile e al 15,5% di quella femminile, e un impatto dell'intervento pari al 9,8% di riduzione della prevalenza nella popolazione specifica e del 4,1% nella popolazione totale.

Trasversalità: Il programma ha carattere intersettoriale, coinvolgendo nella realizzazione delle azioni, accanto al Servizio Sanitario (a partire dai Servizi PSAL), tutti gli enti, le istituzioni e le parti sociali che sono rappresentati nel Comitato regionale di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs. n. 81/08).

Setting: Ambienti di lavoro.

Evidenze: Come già riportato, non emergono dalla letteratura prove di efficacia per singole tipologie di intervento ai fini della prevenzione degli infortuni e delle malattie da lavoro. Vi sono indicazioni per l'adozione di interventi multifattoriali e che integrino azioni di informazione, formazione, assistenza e vigilanza mantenute nel tempo. Il programma prevede appunto il mantenimento di interventi integrati già avviati da vari anni nella regione nei due comparti a maggior rischio (edilizia ed agricoltura) e recepisce le indicazioni e gli indirizzi contenuti nei Piani Nazionali di comparto e di rischio concordati tra le regioni, consentendo quindi quanto più possibile il conseguimento dell'omogeneità di indirizzi e di azioni, oltre che nella regione, a livello nazionale.

Sostenibilità: Il programma nel suo complesso e le singole azioni che lo compongono comportano attività che verranno mantenute nel tempo, prevedendo la sistematica integrazione delle attività di vigilanza con quelle di informazione, formazione e assistenza (il cui peso verrà ad aumentare); le numerose azioni di promozione delle conoscenze e delle competenze sono finalizzate a determinare un miglioramento nel tempo dell'organizzazione e della gestione della prevenzione negli ambienti di lavoro da parte degli attori aziendali.

AZIONI DI SISTEMA E AZIONI TRASVERSALI AL PROGRAMMA

	OBIETTIVI GENERALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
O.S.1 : Costituire il coordinamento regionale delle azioni di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e i gruppi di coordinamento tecnico dei piani di prevenzione di comparto	7.7 7.8 7.2	Coordinamento regionale del programma e coordinamenti tecnici dei piani di comparto: attivi e con regolamenti pubblicati		Regolamenti dei gruppi di coordinamento adottati dalle 4 ASL e pubblicati sui siti web aziendali
O.S. 2: Attivare sportelli di informazione / assistenza per il supporto alla valutazione e gestione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici, con priorità per i comparti edilizia e agricoltura / silvicoltura	7.3 7.4 7.5	Attività di sportello operante in tutti i SPSAL con modalità standardizzate e monitoraggio delle richieste e delle risposte (INDICATORE SENTINELLA)		Sportello attivo in tutte le ASL con risposte ad almeno il 90% delle richieste
O.S. 3: Promuovere la costituzione di una rete regionale dei RLS e dare supporto alla loro formazione attraverso accordi con le parti sociali e la bilateralità		Accordi aziendali con parti sociali e bilateralità nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento, per promozione e sostegno del ruolo di RLS ed RLST		Accordi aziendali per la promozione e il sostegno del ruolo di RLS e RLST

Quadro delle azioni di sistema e trasversali ai comparti produttivi nella regione concorrenti alla realizzazione del Programma n. 8

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
AZIONE 8.1	Costituire il coordinamento regionale delle azioni di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e i gruppi di coordinamento tecnico dei piani di prevenzione di comparto	Coordinamento regionale del programma e gruppi di coordinamento tecnico dei piani regionali di prevenzione in edilizia e in agricoltura/selvicoltura istituiti ed attivi	Regione (atto formale)		n.d.	Coordinamento regionale e gruppi di coordinamento edilizia e agricoltura istituiti e attivi	Coordinamento regionale e gruppi di coordinamento edilizia e agricoltura istituiti e attivi	Coordinamento regionale e gruppi di coordinamento edilizia e agricoltura istituiti e attivi	Coordinamento regionale e gruppi di coordinamento edilizia e agricoltura istituiti e attivi
AZIONE 8.2	Attivare sportelli di informazione / assistenza per il supporto alla valutazione e gestione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici, con priorità per i comparti edilizia e agricoltura / silvicoltura	Attività di sportello operante in tutti i SPSAL con modalità standardizzate e monitoraggio delle richieste e delle risposte	SPSAL (report annuale al Comitato Regionale di Coordinamento ex art 7 D.Lgs. 81/08)	N. Soggetti informati o assistiti / n. richieste di informazione o assistenza nell'anno	0	Baseline	Sportello attivo in almeno 2 ASL con risposte ad almeno 70% delle richieste	Sportello attivo in tutte le ASL con risposte ad almeno 90% delle richieste	Sportello attivo in tutte le ASL con risposte ad almeno il 90% delle richieste
AZIONE 8.3	Promuovere la costituzione di una rete regionale dei	Indicatore 7.3.1. e 7.4.1 e 7.5.1. Accordi aziendali con parti sociali e bilateralità	ASL (Atto formale)		0	Baseline	Accordo aziendale formalizzato per il sostegno		

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
	RLS e dare supporto alla loro formazione attraverso accordi con le parti sociali e la bilateralità	nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento, per promozione e sostegno del ruolo di RLS ed RLST	SPSAL (report annuale)	N. RLS / RLST formati informati o assistiti / n. richieste di formazione, informazione o assistenza nell'anno	0		al ruolo di RLS / RLST	90%	90%

PIANIFICAZIONE AZIONI DI SISTEMA E TRASVERSALI AI COMPARTI PRODUTTIVI CONCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA 8

AZIONE 8.1: Costituire il coordinamento regionale delle azioni di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e i gruppi di coordinamento tecnico dei piani di prevenzione di comparto

DESCRIZIONE	L'azione è finalizzata al coordinamento di tutte le azioni previste nel programma 8 e di quelle afferenti gli obiettivi generali che si richiamano al macro obiettivo 2.7 del PNP 2014 - 2018 e che sono contenute nei programmi n. 1, n. 2 e n. 4 del PRP, attraverso la formalizzazione di un gruppo centrale (formato da un referente per ciascuna ASL) e di due gruppi tecnici finalizzati al coordinamento delle azioni direttamente afferenti i Piani di Prevenzione in Edilizia e in Agricoltura / Selvicoltura. Questi ultimi avranno funzione di filtro rispetto ai rispettivi coordinamenti nazionali (svolgendo a livello regionale funzioni corrispondenti) e si rapportheranno al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. n. 81/08
Gruppo beneficiario prioritario	Sistema sanitario
Setting identificato per l'azione	Ambienti sanitari
Gruppi di interesse	Operatori di vigilanza del SPSAL della regione, dipartimento regionale salute e welfare
Trasversalità per l'azione	
Attività principali	<p>8.1.1 Formalizzazione di un coordinamento regionale del programma composto da un referente per ogni ASL;</p> <p>8.1.2 Costituzione di un gruppo di coordinamento tecnico regionale per le azioni afferenti il piano nazionale di prevenzione in edilizia e individuazione di un coordinatore;</p> <p>8.1.3 Costituzione di un gruppo di coordinamento tecnico regionale delle azioni afferenti il piano nazionale di prevenzione in agricoltura e selvicoltura e individuazione di un coordinatore;</p> <p>8.1.4 Regolamentazione del funzionamento dei gruppi di coordinamento tecnico e delle loro modalità di raccordo con i coordinamenti nazionali dei due piani di comparto;</p> <p>8.1.5 Formalizzazione e pubblicazione dei regolamenti sul sito web della regione;</p> <p>8.1.6 Adozione dei regolamenti da parte delle ASL e pubblicazione sui siti web aziendali</p>
Rischi e management dei rischi	

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.1

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.1.1	Coordinatore regionale PRP	X													
Attività 8.1.2	Coordinatore regionale PRP	X													
Attività 8.1.3	Coordinatore regionale PRP	X													
Attività 8.1.4	Coordinatore regionale PRP	X	X												
Attività 8.1.5	Coordinatore regionale PRP		X												
Attività 8.1.6	Direttori generali ASL			X											

AZIONE 8.2: implementare sportelli di informazione / assistenza per il supporto alla valutazione e gestione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici, con priorità per i comparti edilizia e agricoltura / silvicoltura.

DESCRIZIONE

Organizzazione in ogni SPSAL di uno “sportello” (ad accesso diretto regolamentato, telefonico e/o telematico) di informazione / assistenza su richiesta dedicato alle imprese, agli attori della prevenzione, ai lavoratori autonomi ed ai consulenti, per il supporto alla valutazione (anche semplificata) e alla gestione dei rischi per la salute e la sicurezza, con priorità per i comparti delle costruzioni e dell’agricoltura. Attraverso tale attività si promuoverà prioritariamente il miglioramento delle conoscenze in materia di: valutazione e gestione dei rischi ergonomici nei comparti lavorativi a maggior rischio, esposizione ad agenti cancerogeni anche ai fini del miglioramento della qualità della valutazione dei rischi , valutazione e gestione dei rischi da stress lavoro correlato

Gruppo beneficiario prioritario

Lavoratori e lavoratrici operanti nel territorio regionale

Setting identificato per l’azione

Ambienti di lavoro

Gruppi di interesse	Operatori SPSAL Attori della prevenzione aziendali (datori di lavoro, addetti e responsabili SPP, RLS/RLST, medici competenti), lavoratori autonomi, consulenti, coordinatori per la sicurezza, Comitato Regionale di coordinamento ex art.7 D.Lgs. 81/08
Trasversalità per l'azione	intersettoriale
Attività principali	8.2.1 Condivisione nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08 di modalità organizzative regionali omogenee per l'attività di informazione e assistenza in materia di salute e sicurezza sul lavoro da garantire a richiesta degli interessati 8.2.2. Elaborazione di un format regionale di registrazione delle richieste (finalizzato anche al monitoraggio del comparto di provenienza) e delle risposte fornite 8.2.3 produzione di materiali informativi sull'attività e sulle modalità di accesso 8.2.4 diffusione dell'informazione sull'attività attraverso il Comitato regionale di Coordinamento art.7 D.Lgs. 81/08 8.2.5 avvio dell'attività nei SPSAL 8.2.6 produzione di report annuale regionale sulle tematiche oggetto di più frequente richiesta di informazione / assistenza e pubblicazione in forma di FAQ sui siti web delle ASL
Rischi e management dei rischi	Difficoltà di coinvolgimento dei componenti del Comitato Regionale di Coordinamento Operatori SPSAL insufficienti per numero

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.2

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.2.1	Coordinatore Comitato regionale di Coordinamento		X												
Attività 8.2.2	Gruppo di coordinamento del Programma		X												
Attività 8.2.3	Gruppo di coordinamento del Programma			X											
Attività 8.2.4	Coordinatore Comitato regionale di Coordinamento				X										
Attività 8.2.5	Direttori SPSAL					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.2.6	Direttori SPSAL						X				X				X

AZIONE 8.3: Promuovere la costituzione di una rete regionale dei RLS /RLST e dare supporto alla loro formazione attraverso accordi con le parti sociali e la bilateralità.

DESCRIZIONE	<p>I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza rappresentano figure fondamentali per la garanzia del miglioramento dei livelli di salute e sicurezza e di benessere organizzativo sul lavoro, attraverso la partecipazione al processo di valutazione dei rischi e la verifica dell'efficacia concreta delle misure di prevenzione attuate. Alla numerosità e complessità delle funzioni loro affidate dal D.Lgs. n. 81/08 fa da contraltare la carenza di strumenti per l'esercizio concreto di tali attribuzioni, che si traduce in una sostanziale "debolezza" di ruolo, che ne vanifica l'efficacia.</p> <p>Con questa azione si intende promuovere (attraverso accordi con le parti sociali nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08) la costituzione di una rete regionale dei RLS, che consenta di superare la condizione di isolamento che caratterizza tali figure in molte realtà produttive, promuovendone la nomina ove non ancora presenti, garantendo la disponibilità (in collaborazione con la bilateralità e le organizzazioni sindacali) di informazioni tecniche e legislative aggiornate e di documentazione utile allo svolgimento delle funzioni, e sostenendo lo scambio di esperienze nell'ambito dei comparti produttivi. L'azione prevede anche il sostegno e la partecipazione alla formazione obbligatoria prevista dal D.Lgs. 81/08 e ad iniziative finalizzate allo sviluppo e al miglioramento di competenze necessarie allo svolgimento efficace del ruolo, quali quelle relative alla valutazione e gestione dei rischi da sovraccarico biomeccanico, da esposizione a cancerogeni e da stress lavoro-correlato.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori e lavoratrici operanti nel territorio regionale
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Operatori SPSAL; RLS, RLST Parti sociali, bilateralità, Comitato Regionale di coordinamento ex art.7 D.Lgs. 81/08
Trasversalità per l'azione	Intersettoriale
Attività principali	<p>8.3.1 Costruzione di un'anagrafe dei RLS presenti nella regione, anche acquisendo (se disponibile a livello centrale) l'elenco dei nominativi comunicati all'INAIL dai datori di lavoro</p> <p>8.3.2 Registrazione nell'anagrafe dei nominativi di RLS nominati nelle aziende oggetto di vigilanza, che dovranno essere coinvolti negli interventi</p> <p>8.3.3 Stipula di accordi aziendali con le parti sociali e la bilateralità nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento, finalizzato alla promozione e al sostegno del ruolo dei RLS ed RLST</p> <p>8.3.4 Partecipazione di operatori SPSAL in qualità di docenti ai corsi di formazione per RLS ed RLST organizzati in riferimento all'art. 37 D.Lgs. n. 81/08</p> <p>8.3.5 nell'ambito dell'attività generale di informazione e assistenza, garantire specifica attività di informazione, assistenza e</p>

documentazione riservata a RLS / RLST secondo modalità accessibili

Rischi e management dei rischi

La costruzione della rete di RLS in tempi relativamente rapidi è condizionata dalla disponibilità degli elenchi nominativi detenuti dall'INAIL a livello nazionale. In mancanza, le attività comprese nel progetto subiranno un sensibile rallentamento.

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.3

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Attività 8.3.1	Gruppo di coordinamento del Programma		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.3.2	Direttori SPSAL		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.2.3	Coordinatore Comitato Regionale Coordinamento		X	X	X											
Attività 8.3.4	Direttori SPSAL				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.3.5	Direttori SPSAL					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONI INDIRIZZATE PRIORITARIAMENTE AL COMPARTO DELLE COSTRUZIONI CONCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA N. 8

	OBIETTIVI GENERALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
O.S. 4: Adeguare la procedura regionale di vigilanza nel comparto delle costruzioni alle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia, estendendo il controllo agli aspetti relativi alla salute dei lavoratori del comparto e agli indirizzi contenuti nei Piani Nazionali per l'emersione e la prevenzione delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico e di prevenzione sui cancerogeni occupazionali e i tumori professionali	7.8	Procedura di vigilanza nel comparto delle costruzioni adeguata alle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia e dei Piani Nazionali di prevenzione delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico e sui cancerogeni occupazionali (INDICATORE SENTINELLA)	n. d.	Procedura standardizzata di vigilanza pubblicata sui siti web della regione e delle ASL e applicata in modo omogeneo in tutta la regione
O.S. 5: Migliorare le conoscenze e le competenze degli operatori di vigilanza delle ASL e degli altri enti con funzioni di prevenzione e controllo nel comparto delle costruzioni sugli indirizzi e gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia		n. operatori di vigilanza formati / totale operatori		100%
O.S. 6: Promuovere il miglioramento della valutazione dei rischi per la sicurezza nel settore delle costruzioni attraverso la formazione di attori del sistema di prevenzione aziendale	7.7	n. eventi formativi realizzati	n.d.	almeno 1 evento formativo per ASL

	OBIETTIVI GENERALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
O.S. 7: Promuovere il miglioramento della valutazione dei rischi per la salute nel settore delle costruzioni attraverso iniziative di informazione e formazione rivolte a medici competenti, RSPP, RLS	7.2	Report annuale dati regionali piattaforma INAIL all. 3B art. 40 comparto costruzioni n. corsi di formazione realizzati	n.d.	Report annuale sui dati regionali Almeno 1 corso per ASL
O.S.8: Promuovere il miglioramento della sorveglianza sanitaria nel comparto delle costruzioni	7.2	n. eventi formativi accreditati per i medici competenti operanti nel comparto delle costruzioni n. Malattie professionali denunciate all'INAIL nell'anno	n.r. 4930	Almeno 3 eventi formativi regionali Materiali informativi su adempimenti per MP diffusi ai MC 5423
O.S. 9 Stipulare accordi aziendali di collaborazione con gli Enti Bilaterali dell'edilizia, le parti sociali, gli ordini e collegi professionali, i dipartimenti universitari, anche al fine di produrre soluzioni di sicurezza	7.3 7.4 7.5	Accordi di collaborazione per soluzioni di sicurezza nella ricostruzione post-sisma	n.d.	1 accordo di collaborazione

	OBIETTIVI GENERALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
O.S. 10: Garantire l'attività di vigilanza e controllo nel comparto delle costruzioni in applicazione della procedura regionale e secondo gli standard indicati nel Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia	7.7	<p>n. cantieri controllati / n. cantieri notificati l'anno precedente (INDICATORE SENTINELLA)</p> <p>di cui n. cantieri di allestimento fiere e spettacoli / totale cantieri di allestimento fiere e spettacoli</p> <hr/> <p>n. aziende controllate per aspetti di sorveglianza sanitaria / totale aziende edili controllate</p> <hr/> <p>Riduzione relativa degli indici di frequenza totale degli infortuni con prognosi maggiore di 40 gg o con postumi permanenti superiori al 5% INAIL o mortali</p>	<p>12,76% (n. 1113 controlli / 8723 notifiche)</p> <p>n.r.</p> <p>I.F. Infortuni gravi per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura): 6,45 ogni 1000 addetti (2012)</p> <p>I.F. Infortuni gravi per l'edilizia: 10,02 ogni 1000 addetti (2012)</p>	<p>15%</p> <p>Di cui 5% dei cantieri di allestimento fiere e spettacoli</p> <hr/> <p>Verifica degli aspetti di sorveglianza sanitaria nel 50% delle aziende controllate</p> <p>I.F. Infortuni gravi: 5,8 ogni 1000 addetti (tutti i settori ATECO esclusa agricoltura)</p> <p>9,02 ogni 1000 addetti per l'edilizia</p>

Quadro delle azioni indirizzate prioritariamente al comparto delle costruzioni concorrenti alla realizzazione del Programma n. 8

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
AZIONE 8.4	Adeguare la procedura regionale di vigilanza nel comparto delle costruzioni alle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia, estendendo il controllo agli aspetti relativi alla salute dei lavoratori del comparto e agli indirizzi contenuti nei Piani Nazionali per l'emersione e la prevenzione delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico e di prevenzione sui cancerogeni occupazionali e i tumori professionali	Procedura di vigilanza nel comparto delle costruzioni adeguata alle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia e dei Piani Nazionali di prevenzione delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico e sui cancerogeni occupazionali	Regione (atto formale) SPSAL (report annuale)		n.d.	Baseline	Procedura standardizzata di vigilanza in edilizia applicata in 1 ASL	Procedura standardizzata di vigilanza in edilizia applicata in 2 ASL	Procedura di vigilanza in edilizia applicata in tutte le ASL
AZIONE 8.5	Migliorare le conoscenze e le competenze degli operatori di vigilanza delle ASL e degli altri enti con funzioni di prevenzione e controllo nel comparto	Corsi di formazione accreditati per tutte le figure professionali operanti nei SPSAL	Regione (rendicontazione eventi formativi)	n. operatori SPSAL formati / totale operatori SPSAL nella regione	n.d.				100% operatori SPSAL formati

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
	delle costruzioni sugli indirizzi e gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia								
AZIONE 8.6	Promuovere il miglioramento della valutazione dei rischi per la sicurezza nel settore delle costruzioni attraverso la formazione di attori del sistema di prevenzione aziendale	Corsi di formazione rivolti ad RSPP di imprese del settore delle costruzioni, tecnici dei CPT dell'edilizia, coordinatori per la sicurezza	SPSAL (Report annuale)	n. corsi di formazione realizzati	n.d.			Almeno 1 corso per ASL	
AZIONE 8.7	Promuovere il miglioramento della valutazione dei rischi per la salute nel settore delle costruzioni attraverso iniziative di informazione e formazione rivolte ai medici competenti, RSPP, RLS	Report dati allegato 3B art. 4 D.Lgs. 81/08	REGIONE	Report regionale annuale	n.d.		1 report regionale dati all. 3B art. 40	1 report regionale dati all. 3B art. 40	1 report regionale dati all. 3B art. 40
		Corsi di formazione 7.3.1. e 7.4.1. e 7.5.1. Corsi di formazione per medici competenti, RSPP ed RLS operanti nel comparto delle costruzioni per: il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della	SPSAL (REPORT ANNUALE)	N. corsi di formazione per medici competenti + n. corsi di formazione per RSPP + n. corsi di formazione per RLS			Almeno 1 corso per ASL		

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
		<p>bilateralità; la promozione della responsabile sociale d'impresa, la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative</p>							
AZIONE 8.8	Promuovere il miglioramento della sorveglianza sanitaria nel comparto delle costruzioni	<p>Medici competenti nel comparto delle costruzioni formati attraverso eventi accreditati</p>	<p>SPSAL (REPORT ANNUALE)</p>	<p>n. eventi formativi accreditati realizzati / anno</p>	n.d.	3 eventi nella regione			
		<p>Materiali informativi su obblighi dei sanitari in materia di notifica e certificazione delle MP prodotti</p>	<p>Materiali prodotti e pubblicati sul sito web delle ASL</p>					<p>Materiali informativi pubblicati sui siti delle ASL</p>	
		<p>7.2.1 Incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali</p>	<p>Flussi INAIL - Regioni</p>	<p>n. malattie professionali denunciate nell'anno</p>	4930				5423
AZIONE 8.9	Stipulare accordi aziendali di collaborazione con gli	Accordi di collaborazione stipulati	REGIONE (Report)	n. accordi di collaborazione stipulati					1 accordo di collaborazione stipulato

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
	Enti Bilaterali dell'edilizia, le parti sociali, gli ordini e collegi professionali, i dipartimenti universitari, anche al fine di produrre soluzioni di sicurezza								
AZIONE 8.10	Garantire l'attività di vigilanza e controllo nel comparto delle costruzioni in applicazione della procedura regionale e secondo gli standard indicati nel Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia	Attività di vigilanza coordinata tra ASL e altri enti preposti al controllo, coerente con gli standard qualitativi e quantitativi indicati nel PNE 7.7.1 Riduzione	SPSAL (REPORT ANNUALE) Report attività Comitato Regionale ex art. 7 D.Lgs. n. 81/08	n. cantieri controllati / n. notifiche anno precedente di cui n. cantieri di allestimento fiere e spettacoli /totale cantieri allestimento fiere e spettacoli n. imprese edili controllate per aspetti della sorveglianza sanitaria / totale imprese edili controllate	12,76% n.r. n.r.	13% 5% 10%	14% 5% 30%	15% 5% 40%	15% 5% 50%

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
		relativa degli indici di frequenza totale degli infortuni con prognosi maggiore di 40 gg o con postumi permanenti superiori al 5% INAIL o mortali	Flussi INAIL - REGIONI	$\frac{\text{indici di frequenza totale degli infortuni con prognosi maggiore di 40 gg o con postumi permanenti superiori al 5\% INAIL o mortali}}{\text{indici di frequenza totale degli infortuni con prognosi maggiore di 40 gg o con postumi permanenti superiori al 5\% INAIL o mortali}}$	I.F. Infortuni gravi (tutti i settori ATECO esclusa agricoltura) 6,45 ogni 1000 addetti(2012); I.F. Infortuni gravi per l'edilizia: 10,02 ogni 1000 addetti (2012)				I.F. Infortuni gravi: 5,8 ogni 1000 addetti (tutti i settori ATECO esclusa agricoltura) I.F. infortuni gravi per l'edilizia: 9,02 ogni 1000 addetti

PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI INDIRIZZATE PRIORITARIAMENTE AL COMPARTO DELLE COSTRUZIONI CONCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA N. 8

AZIONE 8.4: Adeguare la procedura regionale di vigilanza nel comparto delle costruzioni alle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia, estendendo il controllo agli aspetti relativi alla salute dei lavoratori del comparto e agli indirizzi contenuti nei Piani Nazionali per l'emersione e la prevenzione delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico e di prevenzione sui cancerogeni occupazionali e i tumori professionali.

DESCRIZIONE	<p>Revisione della procedura regionale di vigilanza e controllo nel comparto delle costruzioni elaborata nel 2014, per adeguarla alle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia (PNE) e agli eventuali indirizzi della sua cabina di regia nazionale, con inclusione degli aspetti relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none">- sorveglianza sanitaria (con il supporto della banca dati delle relazioni ex art. 40, All. 3B, D.Lgs. 81/08),- controllo dei rischi da sovraccarico biomeccanico, con riferimento alle indicazioni del Piano per l'emersione e la prevenzione delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico;- controllo dei rischi da esposizione ad agenti cancerogeni , con riferimento alle indicazioni del Piano nazionale di prevenzione sui cancerogeni occupazionali e i tumori professionali;- procedure di vigilanza durante gli allestimenti per spettacoli e manifestazioni fieristiche, gestione della sicurezza nelle grandi opere e lavori sulle coperture,- monitoraggio dei cantieri sotto il minimo etico- registrazione su supporto informatico dell'attività svolta e degli articoli violati <p>La procedura sarà preliminarmente condivisa con gli operatori SPSAL della regione e nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento. Dopo l'adozione formale sarà pubblicata sui siti web della regione e delle ASL.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori del comparto delle costruzioni
Setting	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Operatori di vigilanza del SPSAL della regione, attori delle prevenzione del comparto delle costruzioni, parti sociali, bilateralità in edilizia Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08
Trasversalità per l'azione	Intersettoriale
Attività principali	8.4.1 Revisione ed adeguamento della procedura di vigilanza a cura del Gruppo di Coordinamento Tecnico Regionale del Piano di Prevenzione in Edilizia; 8.4.2 Condivisione della procedura con gli operatori SPSAL della regione e recepimento degli eventuali contributi;

- 8.4.3 Condivisione della procedura nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento e recepimento degli eventuali contributi;
- 8.4.4 Adozione formale della procedura a livello regionale e sua pubblicazione nel sito web della Regione;
- 8.4.5 Recepimento della procedura a livello di ASL con pubblicazione sul sito web aziendale;
- 8.4.6 Applicazione della procedura da parte di tutti i SPSAL
- 8.4.7 Revisione periodica della procedura

**Rischi e
management dei
rischi**

Mancato rispetto del cronoprogramma per ritardo nel recepimento della procedura a livello di ASL. Difficoltà di pubblicazione sui siti web per motivazioni tecniche

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.4

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.4.1	Coordinamento tecnico regionale Piano Prevenzione Edilizia		X	X											
Attività 8.4.2	Coordinamento tecnico regionale Piano Prevenzione Edilizia			X											
Attività 8.4.3	Coordinamento tecnico regionale Piano Prevenzione Edilizia			X											
Attività 8.4.4	Coordinatore regionale PRP			X	X										
Attività 8.4.5	Direttori generali ASL				X	X									
Attività 8.4.6	Direttori SPSAL						X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.4.7	Coordinamento tecnico regionale Piano Prevenzione Edilizia							X				X			

AZIONE 8.5: Migliorare le conoscenze e le competenze degli operatori di vigilanza delle ASL e degli altri enti con funzioni di prevenzione e controllo nel comparto delle costruzioni sugli indirizzi e gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia.

DESCRIZIONE	Negli ultimi anni si è verificato un ricambio (anche se minimo) nella dotazione di personale dei SPSAL, con la conseguente necessità di condivisione del patrimonio di conoscenze e di esperienze attraverso iniziative formative che si avvalgano anche di operatori interni ai SPSAL in qualità di docenti. La formazione, estesa a tutti gli operatori di vigilanza nel comparto delle costruzioni, si incentrerà su: <ul style="list-style-type: none"> - indirizzi e obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia, - procedure standardizzate di valutazione dei rischi e applicazione del modello Infor.MO nel comparto delle costruzioni, - valutazione e gestione dei rischi da sovraccarico biomeccanico e da esposizione a cancerogeni in edilizia; - applicazione della procedura di vigilanza regionale
Gruppo beneficiario	Operatori di vigilanza ASL e DTL
Setting	Sistema pubblico di prevenzione
Gruppi di interesse	Operatori di vigilanza del SPSAL della regione, operatori delle DTL della regione
Trasversalità per l'azione	Intersettoriale
Attività principali	8.5.1 ricognizione bisogni formativi e predisposizione programma formativo 8.5.2 individuazione degli operatori destinatari della formazione e dei docenti 8.5.3 accreditamento ECM 8.5.4 realizzazione di uno o più eventi in più edizioni nel territorio della regione in funzione del numero di operatori coinvolti
Rischi	Mancata adesione delle DTL, anche a seguito di modifiche normative intercorrenti

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.5

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Attività 8.5.1	Coordinamento tecnico regionale Piano Prevenzione Edilizia		X	X												
Attività 8.5.2	Coordinamento regionale del Programma		X	X												
Attività 8.5.3	Coordinamento regionale del Programma			X												
Attività 8.5.4	Coordinamento regionale del Programma				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE 8.6: Promuovere il miglioramento della valutazione dei rischi per la sicurezza nel settore delle costruzioni attraverso la formazione di attori del sistema di prevenzione aziendale.

DESCRIZIONE	L'evoluzione normativa in materia di semplificazione e standardizzazione degli adempimenti relativi a salute e sicurezza sul lavoro riferita alle imprese edili rende opportuna la realizzazione di iniziative di formazione volte a promuovere la corretta applicazione delle nuove indicazioni in materia di valutazione dei rischi, che incidono sia sugli adempimenti a carico dei soggetti aziendali sia su quelli in capo ai coordinatori per la sicurezza. Attraverso tali iniziative si promuoverà altresì l'applicazione di strumenti utili alla valutazione dei rischi e all'individuazione di misure di prevenzione (anche a seguito di infortuni significativi) attraverso l'analisi delle cause e delle dinamiche degli infortuni e degli incidenti secondo il modello Infor.MO
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori del comparto delle costruzioni
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	operatori SPSAL attori aziendali della prevenzione in edilizia (datori di lavoro, consulenti, addetti e responsabili dei SPP, medici competenti), Coordinatori per la sicurezza, committenti di lavori edili Organizzazioni sindacali e datoriali in edilizia, enti bilaterali Ordini e collegi professionali
Trasversalità per l'azione	Intersettoriale
Attività principali	8.6.1 analisi dei bisogni formativi con il coinvolgimento degli enti bilaterali dell'edilizia, degli ordini e dei collegi professionali 8.6.2 progettazione di corsi di formazione in materia di procedure standardizzate di valutazione del rischio e applicazione del modello InforMO rivolti ai RSPP, ai tecnici dei CPT dell'edilizia e ai coordinatori per la sicurezza 8.6.3 realizzazione di almeno 1 corso per ASL
Rischi e management dei rischi	Difficoltà di coinvolgimento degli ordini professionali. Mancato rispetto del cronoprogramma a causa del numero ridotto di operatori SPSAL

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.6

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Attività 8.6.1	Coordinamento tecnico regionale Piano Prevenzione Edilizia			X	X	X										
Attività 8.6.2	Coordinamento tecnico regionale Piano Prevenzione Edilizia					X	X									
Attività 8.6.3	Direttori SPSAL							X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE 8.7: Promuovere il miglioramento della valutazione dei rischi per la salute nel settore delle costruzioni.

DESCRIZIONE	I rischi per la salute cui sono esposti i lavoratori del comparto delle costruzioni vengono generalmente sottovalutati rispetto ai rischi infortunistici, anche in presenza di un numero di malattie professionali denunciate. Accanto ad un progressivo incremento delle denunce per malattie da sovraccarico biomeccanico, permane una evidente sottotifica dei tumori professionali (la metà di quelli definiti positivamente in edilizia è costituita da mesoteliomi pleurici). L'entità e la diffusione dell'esposizione a rischi da sovraccarico biomeccanico e da cancerogeni (tra i quali l'amianto, che assume un ruolo predominante, e le polveri di legno), a fianco al permanere delle esposizioni a rischi fisici (rumore, radiazioni UV, vibrazioni) e chimici, rende necessario promuovere il miglioramento della valutazione dei rischi per la salute nel settore delle costruzioni attraverso iniziative di informazione e formazione rivolte a medici competenti, RSPP, RLS
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori del comparto delle costruzioni
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Operatori SPSAL; attori aziendali della prevenzione in edilizia (medici competenti, RSPP, RLS); Organizzazioni sindacali e datoriali del comparto delle costruzioni, enti bilaterali
Trasversalità	Intersettoriale
Attività principali	8.7.1 produzione di report annuale regionale sui dati elaborati relativi alla sorveglianza sanitaria (allegato 3B dell'art. 40 D.Lgs. 81/08) contenuti nella piattaforma INAIL e relativi al comparto delle costruzioni 8.7.2 diffusione del report attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento 8.7.3 Realizzazione di corsi di formazione rivolti a datori di lavoro, RSPP, consulenti e RLS/RLST in materia di rischi per la salute presenti in edilizia, a partire da quelli da sovraccarico biomeccanico e da cancerogeni. I corsi saranno inoltre mirati alla promozione del: sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità; della responsabile sociale d'impresa, e della prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative.
Rischi e management dei rischi	Difficoltà di coinvolgimento dei componenti del Comitato Regionale di Coordinamento Numero di operatori SPSAL insufficiente

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.7

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.7.1	Coordinamento regionale del Programma			X	X			X	X			X	X		
Attività 8.7.2	Coordinatore Comitato regionale di Coordinamento				X	X			X	X			X	X	
Attività 8.7.3	Coordinamento regionale del Programma							X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE 8.8: Promuovere il miglioramento della sorveglianza sanitaria nel comparto delle costruzioni.

DESCRIZIONE	<p>Il comparto delle costruzioni si caratterizza per la difficoltà di individuazione della reale entità dei rischi per la salute, a causa della notevole variabilità delle esposizioni, della frequente molteplicità delle mansioni di fatto svolte, della difficoltà di comunicazione legata alla provenienza dei lavoratori. È quindi necessario un approccio specifico alla sorveglianza sanitaria, che, applicando protocolli il più possibile coerenti con i risultati della valutazione dei rischi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tenga conto della difficile applicazione in cantiere delle prescrizioni formulate in sede di espressione del giudizio di idoneità alla mansione, – contribuisca al miglioramento della valutazione dei rischi, alla valutazione di efficacia delle misure di prevenzione, alla prevenzione dei rischi infortunistici legati alle condizioni di salute e alle abitudini di vita. – L'azione si propone di contribuire, attraverso un'attività di assistenza e di formazione dei medici competenti operanti nel territorio della regione, al miglioramento: – dell'efficacia dell'attività di sorveglianza sanitaria nel comparto delle costruzioni, tenendo a riferimento protocolli e linee guida espressione di indirizzi scientifici avanzati; – della capacità diagnostica delle patologie connesse ad esposizione professionale, con priorità per quelle dell'apparato muscoloscheletrico per sovraccarico biomeccanico e per i tumori professionali; – dell'adempimento degli obblighi connessi all'individuazione di patologie di origine professionale sospetta o accertata. <p>Ai fini del miglioramento (anche in termini di copertura) della raccolta dei dati aggregati di cui all'allegato 3 B art. 40 del D.Lgs. n. 81/08, i SPSAL richiederanno formalmente ai medici competenti operanti nel proprio territorio la loro trasmissione attraverso l'inserimento nella piattaforma INAIL dedicata.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori del comparto delle costruzioni
Setting	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Operatori sanitari SPSAL; medici competenti; Organizzazioni sindacali e datoriali, enti bilaterali, RLS / RLST , del comparto delle costruzioni
Trasversalità per l'azione	Intersettoriale
Attività principali	<p>8.8.1 Costruzione e aggiornamento di un' anagrafe regionale dei Medici competenti operanti nel comparto delle costruzioni (anche attraverso l'analisi dei dati contenuti nella piattaforma INAIL "Comunicazioni Medico Competente)</p> <p>8.8.2 ricognizione della letteratura scientifica e delle linee guida emanate in materia di protocolli di sorveglianza sanitaria in edilizia</p> <p>8.8.3 realizzazione di uno o più eventi formativi regionali accreditati finalizzati all'aggiornamento dei medici competenti in materia di sorveglianza sanitaria, gestione dei rischi per la salute dei lavoratori edili connessi alle condizioni di salute e alle abitudini di vita</p> <p>8.8.4 realizzazione di uno o più eventi formativi regionali accreditati finalizzati al miglioramento della capacità diagnostica e di attribuzione del nesso di causalità in caso di diagnosi di patologie da sovraccarico biomeccanico e di tumori professionali</p>

8.8.5 produzione a livello regionale di materiali informativi sugli adempimenti relativi agli obblighi di referto e di denuncia e alla certificazione di malattia professionale e diffusione ai medici operanti nel territorio regionale

8.8.6 richiesta formale da parte dei singoli SPSAL ai medici competenti operanti nel territorio di competenza di trasmissione dei dati sanitari aggregati attraverso inserimento nella piattaforma INAIL, con riferimento all'art. 54 del D.Lgs. 81/08

Ridotto numero di operatori sanitari SPSAL

**Rischi e
management dei
rischi**

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.8

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.8.1	Direttori SPSAL	X	X												
Attività 8.8.2	Coordinamento regionale del Programma		X	X											
Attività 8.8.3	Coordinamento regionale del Programma				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.8.4	Coordinamento regionale del Programma				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.8.5	Coordinamento regionale del Programma				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.8.6	Direttori SPSAL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE 8.9: Stipulare accordi di collaborazione con gli Enti Bilaterali dell'edilizia, le parti sociali, gli ordini e collegi professionali, i dipartimenti universitari, anche al fine di produrre soluzioni di sicurezza.

DESCRIZIONE	Le operazioni di ricostruzione, in fase di avvio concreto nell'area interessata dal sisma del 2009, appaiono in prospettiva particolarmente complesse, anche in ragione delle peculiarità urbanistiche dei centri urbani interessati. In questa prospettiva, si ritiene di ricercare accordi di collaborazione con gli Enti Bilaterali dell'edilizia, le parti sociali, gli ordini e collegi professionali, i dipartimenti universitari, anche al fine di produrre soluzioni di sicurezza efficaci e potenzialmente replicabili in altri contesti.
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori del comparto delle costruzioni
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Operatori SPSAL, Attori della prevenzione in edilizia, Enti bilaterali dell'edilizia, parti sociali, ordini e collegi professionali, dipartimenti universitari di ingegneria e architettura
Trasversalità per l'azione	intersettoriale
Attività principali	8.9.1 Individuazione di possibili partnership nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/08 8.9.2 ricerca di condivisione di intenti in materia di soluzioni innovative di sicurezza in edilizia con gli ordini professionali regionali degli ingegneri e degli architetti, i collegi dei geometri e periti, i dipartimenti universitari di ingegneria e architettura, con particolare riguardo alla ricostruzione post-sisma nel territorio del "cratere" 8.9.3 proposta e condivisione di accordi di collaborazione regionali 8.9.4 stipula di accordi
Rischi e management dei rischi	Difficoltà di coinvolgimento di componenti del Comitato Regionale di Coordinamento e degli ordini e collegi professionali

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.9

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.9.1	Coordinatore Comitato Regionale Coordinamento					X	X								
Attività 8.9.2	Gruppo tecnico di coordinamento Piano di Prevenzione Edilizia					X	X								
Attività 8.9.3	Gruppo tecnico di coordinamento Piano di Prevenzione Edilizia							X	X						
Attività 8.9.4	Coordinamento regionale del Programma									X	X				

AZIONE 8.10: Garantire l'attività di vigilanza e controllo nel comparto delle costruzioni in applicazione della procedura regionale e secondo gli standard indicati nel Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia.

DESCRIZIONE	L'azione riguarda l'effettuazione della vigilanza e controllo nel comparto delle costruzioni in applicazione della procedura regionale e secondo gli standard indicati nel Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia, con interventi in un numero di cantieri pari al 15% delle notifiche dell'anno precedente. Nell'ambito di tale copertura, si garantirà il controllo di una quota di cantieri di allestimento di fiere e spettacoli, e di aziende per rischi di natura ergonomica e da cancerogeni secondo gli indirizzi regionali
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori del comparto delle costruzioni
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Operatori SPSAL, DTL, INAIL, INPS, VVFF Attori aziendali della prevenzione in edilizia (datori di lavoro, consulenti, addetti e responsabili dei SPP, RLS/ RLST, medici competenti), Coordinatori per la sicurezza, committenti di lavori edili Organizzazioni sindacali e datoriali in edilizia, enti bilaterali
Trasversalità per l'azione	Intersettoriale
Attività principali	8.10.1 programmazione della vigilanza in funzione del numero di notifiche preliminari (controllo del 15% dei cantieri notificati) pervenute l'anno precedente e delle criticità emerse nel corso dell'attività di controllo e dai sistemi di sorveglianza Infor.MO e MalProf 8.10.2 effettuazione degli interventi nei cantieri con applicazione della procedura regionale 8.10.3 individuazione e controllo dei cantieri di allestimento fiere e spettacoli 8.10.4 controllo sui rischi da sovraccarico biomeccanico in una quota di aziende individuate secondo criteri di priorità 8.10.5 controllo sui rischi da esposizione a cancerogeni in una quota di aziende individuate secondo criteri di priorità 8.10.6 registrazione dei dati relativi alla vigilanza (cantieri e aziende controllati, cantieri sotto il minimo etico monitorati, articoli violati, aspetti relativi alla sorveglianza sanitaria) 8.10.7 monitoraggio dell'attività di coordinamento tra enti con funzioni di vigilanza 8.10.8 report semestrale sull'attività di vigilanza svolta, con evidenza delle criticità individuate, da diffondere attraverso il Comitato regionale di coordinamento art.7 del D.Lgs 81/08
Rischi e management dei rischi	Difficoltà di coinvolgimento degli altri organi di vigilanza Numero ridotto di operatori SPSAL

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.10

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.10.1	Direttori SPSAL		X	X			X	X			X	X			X
Attività 8.10.2	Direttori SPSAL						X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.10.3	Direttori SPSAL								X	X			X	X	
Attività 8.10.4	Direttori SPSAL									X	X	X	X	X	X
Attività 8.10.5	Direttori SPSAL									X	X	X	X	X	X
Attività 8.10.6	Direttori SPSAL			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.10.7	Coordinatore Comitato Regionale di Coordinamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.10.8	Coordinamento regionale del Programma						X		X		X		X		X

AZIONI INDIRIZZATE PRIORITARIAMENTE AL COMPARTO DELL'AGRICOLTURA CONCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA N. 8.

	OBIETTIVI GENERALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
O.S. 11: Adottare a livello regionale con atto formale e renderle disponibili sul web le procedure di vigilanza e controllo delle condizioni di salute e sicurezza nelle aziende agricole elaborate nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Silvicoltura, integrate con gli indirizzi contenuti nei Piani Nazionali di emersione e prevenzione delle malattie muscoloscheletriche e di prevenzione sui cancerogeni occupazionali e i tumori professionali	7.8	Criteri e procedure di vigilanza e controllo delle condizioni di salute e sicurezza nelle aziende agricole omogenei e trasparenti a livello regionale, condivisi con le parti sociali	n.r.	Procedura regionale di vigilanza e controllo applicata da tutti i SPSAL e pubblicata sui siti web aziendali
O.S. 12: Migliorare le conoscenze e le competenze degli operatori di vigilanza delle ASL e della bilateralità sugli indirizzi e gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Silvicoltura	7.8	Accordi di collaborazione SPSAL – enti bilaterali dell'agricoltura finalizzato ad azioni di informazione, formazione, assistenza degli attori della prevenzione nelle aziende agricole e dei consulenti per la salute e sicurezza Corsi di formazione per tecnici della bilateralità in agricoltura	n.r.	1 accordo di collaborazione tra i Servizi PSAL e gli enti bilaterali in agricoltura n. 2 corsi realizzati nella regione da operatori SPSAL per tecnici della bilateralità in agricoltura
O.S. 13: Sostenere l'implementazione delle novità normative e diffondere la conoscenza di documenti tecnici e guide all'acquisto di macchine e attrezzature	7.3 7.4	Iniziative finalizzate alla divulgazione di materiali tecnici ed informativi realizzate nell'ambito di accordo di collaborazione con enti bilaterali in agricoltura	n.r.	2 iniziative nel territorio

	OBIETTIVI GENERALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
nel comparto agricolo-forestale in raccordo con la pariteticità e le associazioni di categoria	7.5	<p>Accordo regionale INAIL – ACMA – Enti bilaterali – SPSAL</p> <hr/> <p>Corsi per venditori e riparatori di macchine agricole</p>	n.r.	<p>Accordo regionale</p> <p>2 corsi nella regione</p>
O.S. 14: Promuovere e supportare la formazione degli operatori agricoli e dei venditori e riparatori di macchine agricole, in materia di salute e sicurezza sul lavoro, in collaborazione con la pariteticità, con le associazioni di categoria e con altre istituzioni				
O.S. 15: Supportare la formazione degli attori aziendali della prevenzione in agricoltura, in collaborazione con la pariteticità	7.3 7.4 7.5	n. corsi di formazione realizzati in collaborazione con gli enti bilaterali in agricoltura	n.r.	4 corsi nel territorio regionale per tecnici degli enti bilaterali e RSPP in agricoltura
O.S. 16: Garantire l'attività di vigilanza e controllo, applicando la procedura e gli indirizzi regionali, nelle aziende del comparto agricolo-forestale, in coerenza con i contenuti del relativo Piano Nazionale di Prevenzione	7.7	<p>n. interventi di vigilanza e controllo salute e sicurezza nelle aziende agricole in funzione delle dimensioni / anno (INDICATORE SENTINELLA)</p> <p>Di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - controlli nelle rivendite di macchine e attrezzature agricole - controlli negli allevamenti 	<p>120 aziende controllate nella regione nel 2013</p>	<p>210 aziende controllate nella regione nel 2018</p>
O.S. 17: Garantire l'effettuazione di inchieste per gli infortuni gravi e mortali in agricoltura giunti a conoscenza dei SPSAL alimentando il sistema di sorveglianza Infor.MO		<p>n. inchieste per infortuni gravi e mortali in agricoltura / totale infortuni gravi e mortali in agricoltura notificati o segnalati ai SPSAL / anno</p>	n.r.	80%
		<p>n. infortuni gravi e mortali in agricoltura</p>	n.r.	100%

	OBIETTIVI GENERALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
		<p>analizzati secondo il modello INFORMO / totale inchieste per infortuni gravi e mortali in agricoltura /anno</p> <hr/> <p>Indicatore 7.7.1 Riduzione relativa del numero di infortuni con prognosi maggiore di 40 gg o con postumi permanenti superiori al 5% INAIL o mortali.</p>	615 infortuni gravi in agricoltura nel 2012	553 infortuni gravi in agricoltura
O.S. 18: Promuovere il miglioramento della qualità e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria in agricoltura	7.2	<p>Report regionale annuale dati all. 3B art. 40 (agricoltura)</p> <hr/> <p>Incontri con MC agricoltura</p> <hr/> <p>n. corsi ECM per medici competenti (agricoltura)</p> <hr/> <p>7.2.1 incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali</p>	<p>n.r.</p> <p>n.r.</p> <p>n.r.</p> <p>4930</p>	<p>1 report / anno</p> <p>4 incontri / anno nella regione</p> <p>2 corsi nella regione</p> <p>5423</p>
O.S. 19: Garantire l'effettuazione di inchieste per Malattie Professionali in agricoltura giunte a conoscenza dei SPSAL alimentando il sistema di sorveglianza MalProf	7.2	<p>Inchieste MP in agricoltura con applicazione modello MalProf</p> <hr/> <p>Report regionale annuale MalProf agricoltura</p>	<p>n.r.</p> <p>n.r.</p>	<p>80% delle MP in agricoltura denunciate o segnalate ai SPSAL sono indagate e viene applicato il modello MalProf</p> <p>1 report regionale annuale</p>

Quadro delle azioni indirizzate prioritariamente al comparto dell'Agricoltura concorrenti alla realizzazione del Programma 8

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI				
						2015	2016	2017	2018	
AZIONE 8.11	Adottare a livello regionale con atto formale e renderle disponibili sul web le procedure di vigilanza e controllo delle condizioni di salute e sicurezza nelle aziende agricole elaborate nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Silvicoltura, integrate con gli indirizzi contenuti nei Piani Nazionali di emersione e prevenzione delle malattie muscoloscheletriche e di prevenzione sui cancerogeni occupazionali e i tumori professionali	Criteri e procedure di vigilanza e controllo delle condizioni di salute e sicurezza nelle aziende agricole omogenei e trasparenti a livello regionale, condivisi con le parti sociali	Regione (atto formale pubblicato sul sito web) Pubblicazione su siti web aziendali delle ASL		n.r.		Procedura regionale formalizzata e pubblicata su sito web della regione	Procedura regionale pubblicata sui siti web aziendali delle ASL e applicata		
AZIONE 8.12	Migliorare le conoscenze e le	Operatori di vigilanza delle	REGIONE (report eventi	Accordo di collaborazione tra i			Accordo stipulato			

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
	competenze degli operatori di vigilanza delle ASL e della bilateralità sugli indirizzi e gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Silvicoltura	ASL e operatori della bilateralità in agricoltura formati su indirizzi e obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Silvicoltura	formativi)	SPSAL e gli enti bilaterali in Agricoltura n. corsi realizzati per tecnici bilateralità in agricoltura					2 corsi realizzati nella Regione
AZIONE 8.13	Sostenere l'implementazione delle novità normative e diffondere la conoscenza di documenti tecnici e guide all'acquisto di macchine e attrezzature nel comparto agricolo-forestale in raccordo con la pariteticità e le associazioni di categoria	Iniziative di comunicazione e diffusione di documenti tecnici e guide, nell'ambito di accordi con gli enti bilaterali dell'agricoltura stipulati all'interno del coordinamento regionale ex art. 7 D.Lgs. n. 81/08	Regione (report attività Comitato di Coordinamento art. 7 D.Lgs. 81/08)	n. iniziative nella regione					n. 2 iniziative nel territorio della regione
AZIONE 8.14	Promuovere e supportare la formazione degli Operatori agricoli, in	Attori della prevenzione in agricoltura formati e	Regione (accordo di collaborazione con INAIL –				Accordo formalizzato		

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
	materia di salute e sicurezza sul lavoro in collaborazione con la pariteticità, con le associazioni di categoria e con altre istituzioni	aggiornati su aspetti tecnici e normativi in collaborazione con enti bilaterali e associazioni di categoria	ACMA – enti bilaterali dell’agricoltura) Regione (report Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08)	n. corsi per venditori e riparatori di macchine agricole					2 corsi nella regione
AZIONE 8.15	Supportare la formazione degli attori aziendali della prevenzione in agricoltura, in collaborazione con la pariteticità	Tecnici della bilateralità consulenti per la salute e sicurezza e RSPP in agricoltura formati	SPSAL (report corsi di formazione)	n. corsi realizzati nella regione in collaborazione con gli enti bilaterali in agricoltura				4 corsi realizzati nella regione	
AZIONE 8.16	Garantire l’attività di vigilanza e controllo , applicando la procedura e gli indirizzi regionali, nelle aziende del comparto agricolo-forestale , in coerenza con i contenuti del relativo Piano Nazionale di	Aziende del comparto agricolo-forestale, rivendite di macchine agricole, allevamenti controllati per gli aspetti di salute e sicurezza	SPSAL (report annuale)	n. aziende agricole controllate / anno	120	120	145	174	210

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
	Prevenzione								
AZIONE 8.17	Garantire l'effettuazione di inchieste per gli infortuni gravi e mortali in agricoltura giunti a conoscenza dei SPSAL alimentando il sistema di sorveglianza Infor.MO	Inchieste per infortuni gravi e mortali in agricoltura eseguite	SPSAL (report annuale) Regione (report annuale sistema di sorveglianza InforMO)	n. inchieste per infortuni gravi e mortali in agricoltura / n. infortuni in agricoltura notificati o segnalati ai SPSAL n. infortuni gravi e mortali in agricoltura analizzati secondo il modello INFORMO / totale inchieste per infortuni gravi e mortali in agricoltura /anno			50%	70%	80%
							80%	90%	100%
AZIONE 8.18	Promuovere il miglioramento della qualità e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria in	Report annuale regionale dati all. 3B art. 40 agricoltura Incontri con	Regione (report annuale)		n.r.		1 report	1 report	1 report

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
	agricoltura	<p>Medici competenti operanti nel settore dell'agricoltura</p> <p>Corsi di formazione per MC in agricoltura</p> <p>Incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali</p>	<p>SPSAL (report annuale)</p> <p>Regione (report annuale)</p> <p>Flussi INAIL - Regioni</p>	<p>n. incontri per ASL/anno</p> <p>n. corsi di formazione ECM / anno</p> <p>n. malattie professionali denunciate nell'anno</p>	<p>n.r.</p> <p>n.r.</p> <p>4930</p>		1 incontro	1 incontro	1 incontro
								1 corso	1 corso
									5423
AZIONE 8.19	Garantire l'effettuazione di inchieste per malattie professionali in agricoltura giunte a conoscenza dei servizi PSAL alimentando il sistema di sorveglianza MALPROF	<p>Inchieste su MP in agricoltura con applicazione modello MalProf e inserimento dei dati nel sistema di sorveglianza nazionale</p> <p>Report regionale annuale Mal Prof agricoltura</p>	<p>SPSAL (report annuale)</p> <p>Regione (report annuale)</p>	<p>n. MP agricoltura indagate, anche con applicazione modello MalProf / n. MP agricoltura segnalate o denunciate ai SPSAL</p>			80%	80%	80%
								1 report regionale	1 report regionale

PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI INDIRIZZATE PRIORITARIAMENTE AL COMPARTO DELL'AGRICOLTURA CONCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA 8

AZIONE 8.11: Adottare a livello regionale con atto formale e renderle disponibili sul web le procedure di vigilanza e controllo delle condizioni di salute e sicurezza nelle aziende agricole elaborate nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Silvicoltura, integrate con gli indirizzi contenuti nei Piani Nazionali di emersione e prevenzione delle malattie muscoloscheletriche e di prevenzione sui cancerogeni occupazionali e i tumori professionali.

DESCRIZIONE

L'attività di vigilanza e controllo in agricoltura nella regione si è fino ad oggi concentrata sui rischi per la sicurezza, con particolare riguardo alle macchine e attrezzature agricole, anche in considerazione del numero e della gravità degli infortuni mortali legati all'uso dei trattori. Con questo PRP si intende estendere il campo dei controlli agli allevamenti e ai rischi per la salute, compresi quelli derivanti dall'utilizzo dei prodotti fitosanitari (cui è dedicato un gruppo di azioni contenute nel programma n. 10, finalizzate alla sostenibilità e alla sicurezza del loro uso).

Come supporto agli interventi si utilizzerà la scheda di sopralluogo resa disponibile a livello nazionale e le risultanze saranno registrate su supporto informatico.

Al fine di garantire l'omogeneità degli interventi, sarà elaborata una procedura, condivisa con gli operatori di vigilanza, con le parti sociali e la bilateralità dell'agricoltura, prima della sua adozione formale e della sua pubblicazione sul web.

Questa avrà per oggetto il controllo delle condizioni di sicurezza degli ambienti di lavoro, delle macchine e attrezzature, degli impianti, nonché delle condizioni di rischio per la salute caratteristiche del comparto (esposizione a rumore, vibrazioni, movimentazione manuale dei carichi, esposizione a cancerogeni, ecc.).

Saranno individuati i criteri e gli strumenti di controllo dei rischi da sovraccarico biomeccanico facendo riferimento alle indicazioni del Piano nazionale per l'emersione e la prevenzione delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico.

Gli aspetti relativi al controllo sull'impiego di fitosanitari, oggetto di azione separata nell'ambito del programma n. 10, integreranno la procedura. Questa dovrà prevedere che gli interventi siano orientati alle priorità di rischio e svolti il più possibile in modo coordinato con altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione ed altri Enti, evitando duplicazioni. Saranno previste le modalità e i criteri di controllo di macchine e attrezzature agricole presso i rivenditori, le officine meccaniche di manutenzione e le manifestazioni fieristiche.

Gruppo beneficiario prioritario

Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia

Setting

Ambienti di lavoro

Gruppi di interesse

Operatori di vigilanza dei Dipartimenti di Prevenzione, DTL, INAIL
attori della prevenzione del comparto agricolo
parti sociali, bilateralità agricoltura
Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08

Trasversalità

Intersettoriale

Attività principali

- 8.11.1 elaborazione della procedura di vigilanza e controllo delle condizioni di salute e sicurezza nelle aziende agricole e zootecniche con riferimento alle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura, estesa ai rivenditori, alle officine meccaniche di riparazione di macchine e attrezzature agricole e alle fiere;
- 8.11.2 Condivisione della procedura con gli operatori SPSAL della regione e recepimento degli eventuali contributi;
- 8.11.3 Condivisione della procedura con le parti sociali e la bilateralità in agricoltura e recepimento degli eventuali contributi;
- 8.11.4 Adozione formale della procedura a livello regionale e sua pubblicazione nel sito web della Regione;
- 8.11.5 Predisposizione di supporto informatico da utilizzare in tutta la regione per la registrazione dell'attività di vigilanza, in attesa del ripristino della piattaforma nazionale dedicata;
- 8.11.6 Recepimento della procedura a livello di ASL con pubblicazione sul sito web aziendale;
- 8.11.7 Applicazione della procedura da parte di tutti i SPSAL
- 8.11.8 Revisione periodica della procedura ed eventuale recepimento di linee di indirizzo nazionali per l'omogeneità e la trasparenza

Rischi e management dei rischi

- Difficoltà di coinvolgimento delle parti sociali
- Rallentamento per difficoltà tecniche di pubblicazione sui siti web
- Lentezza del recepimento da parte delle ASL

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.11

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.11.1	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura		X	X											
Attività 8.11.2	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura			X											
Attività 8.11.3	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura			X											
Attività 8.11.4	Coordinatore regionale del PRP			X	X										
Attività 8.11.5	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura			X	X										
Attività 8.11.6	Direttori generali ASL				X	X									
Attività 8.11.7	Direttori SPSAL					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.11.8	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura						X				X				X

AZIONE 8.12: Migliorare le conoscenze e le competenze degli operatori di vigilanza delle ASL e della bilateralità sugli indirizzi e gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Silvicoltura.

DESCRIZIONE	<p>L'estensione della vigilanza in agricoltura e zootecnia al controllo dei fattori di rischio per la salute e l'elaborazione della procedura regionale rendono necessaria la formazione degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, oltre che dei tecnici della bilateralità chiamati a supportare le aziende ai fini del miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza. Si stipulerà, ai fini del perseguimento degli obiettivi di miglioramento dei livelli di salute e sicurezza in agricoltura attraverso gli interventi di informazione, formazione e assistenza previsti nel presente Programma, un accordo di collaborazione tra SPSAL ed enti bilaterali dell'agricoltura.</p> <p>La formazione, che sarà organizzata nell'ambito di tale accordo, avrà per oggetto:</p> <ul style="list-style-type: none">- indirizzi e obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura,- procedure standardizzate di valutazione dei rischi e misure di semplificazione degli adempimenti in agricoltura- applicazione del modello Infor.MO al comparto agricolo,- applicazione della procedura di vigilanza regionale
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia
Setting	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Operatori di vigilanza dei Dipartimenti di Prevenzione, DTL, INAIL; Consulenti delle aziende agricole; Imprese agricole, parti sociali, bilateralità agricoltura
Trasversalità	Intersettoriale
Attività principali	<p>8.12.1 Individuazione degli enti bilaterali dell'agricoltura attivi sul territorio regionale e formalizzazione accordo di collaborazione con i SPSAL, per la realizzazione delle azioni di informazione, formazione e assistenza previste dal presente programma e rivolte agli attori della prevenzione delle imprese agricole e ai loro consulenti per la salute e la sicurezza;</p> <p>8.12.2 ricognizione dei bisogni formativi tra gli operatori del sistema pubblico, ad integrazione di corsi di formazione (anche a distanza) messi a disposizione dal coordinamento nazionale del Piano di Prevenzione in Agricoltura ed eventuale predisposizione progetto formativo, da realizzare in una o più edizioni in funzione del numero di operatori coinvolti;</p> <p>8.12.3 predisposizione progetto formativo rivolto ai tecnici della bilateralità in agricoltura e raccolta delle adesioni;</p> <p>8.12.4 realizzazione di una o più edizioni del corso in funzione del numero di adesioni e della distribuzione nel territorio dei soggetti da formare;</p>
Rischi, management dei rischi	Enti bilaterali in edilizia di recente istituzione. Difficoltà di individuazione

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.12.

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.12.1	Coordinamento regionale del Programma		X	X	X										
Attività 8.12.2	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura		X	X	X	X									
Attività 8.12.3	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura					X	X								
Attività 8.12.4	Direttori SPSAL							X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE 8.13: Sostenere l'implementazione delle novità normative e diffondere la conoscenza di documenti tecnici e guide all'acquisto di macchine e attrezzature in raccordo con la pariteticità e le associazioni di categoria.

DESCRIZIONE	Il comparto dell'agricoltura si caratterizza nella regione per essere quasi totalmente composto da microimprese (il 94% delle giornate lavorative annue viene svolte in aziende piccole o familiari). E' quindi fondamentale offrire un supporto al miglioramento delle condizioni di sicurezza legate all'uso di macchine e attrezzature, oltre che un adeguamento alla normativa in evoluzione. A questo scopo non si può prescindere da un coinvolgimento degli Enti paritetici e delle associazioni di categoria, anche attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del D. Lgs. 81/2008. L'azione prevede di utilizzare, ai fini della diffusione, i materiali di supporto alla valutazione dei rischi ed eventuali algoritmi specifici per la valutazione e gestione dei rischi per la salute in agricoltura sviluppati e messi a punto nell'ambito del Coordinamento Nazionale del Piano di Prevenzione in Agricoltura, organizzando iniziative che ne accompagnino la diffusione, nell'ambito dell'accordo di collaborazione previsto dall'azione 8.12 con gli Enti paritetici dell'agricoltura attivi nella Regione.
Gruppo beneficiario	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia
Setting	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Operatori dei SPSAL; Attori della prevenzione del comparto agricolo; Parti sociali, bilateralità agricoltura; Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08.
Attività principali	8.13.1 Condivisione con gli enti paritetici dell'agricoltura del percorso finalizzato alla diffusione delle informazioni, dei materiali divulgativi e di supporto alla valutazione dei rischi 8.13.2 Acquisizione dei materiali prodotti a livello nazionale dal coordinamento del Piano Nazionale Agricoltura (schede su macchine agricole, schede sulla zootecnia, materiali sul rischio da movimentazione dei carichi, guide all'acquisto di macchine e attrezzature agricole) ed eventuale produzione di ulteriori materiali 8.13.3 Organizzazione e realizzazione di iniziative sul territorio finalizzate alla divulgazione dei materiali e delle informazioni tecniche e all'implementazione delle novità normative
Rischi	Numero ridotto di operatori SPSAL

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.13

ATTIVITA'	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Attività 8.13.1	Coordinamento regionale del Programma				X											
Attività 8.13.2	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del PRP in Agricoltura				X	X										
Attività 8.13.3	Direttori SPSAL						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE 8.14: Promuovere e supportare la formazione dei tecnici della bilateralità in agricoltura, dei venditori e dei riparatori di macchine agricole.

DESCRIZIONE	L'analisi degli eventi infortunistici avvenuti nella regione nel comparto agricolo evidenzia il coinvolgimento, nella quasi totalità degli eventi, di macchine agricole prive dei requisiti essenziali di sicurezza. In occasione degli interventi di vigilanza e controllo svolti negli ultimi anni, una delle priorità ha riguardato la messa in sicurezza delle macchine in uso. Tuttavia, non diversamente da quanto si osserva a livello nazionale, è fondamentale, ai fini dell'adeguamento delle macchine usate, una specifica qualificazione delle officine di riparazione e messa a norma di tali macchine finalizzata a garantire la corretta applicazione delle buone pratiche di messa a norma che vengono via via elaborate. In questa ottica già da alcuni anni è stato siglato un accordo quadro nazionale tra INAIL e UNACMA, che prevede l'erogazione da parte di INAIL di corsi certificati su sicurezza delle macchine agricole nuove, adeguamento di quelle usate e rispondenza delle officine ai requisiti della sicurezza nei luoghi di lavoro. Con questa azione si intende ricercare la collaborazione con INAIL per l'organizzazione e la realizzazione di iniziative di informazione e formazione rivolte ai venditori e riparatori di macchine agricole operanti nella Regione, estese ai tecnici della bilateralità in agricoltura, in accordo e in collaborazione con le associazioni di categoria.
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia; riparatori di macchine agricole.
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro.
Gruppi di interesse	Operatori SPSAL, INAIL, tecnici della bilateralità in agricoltura. Associazioni di categoria in agricoltura; venditori e riparatori di macchine agricole, enti bilaterali e parti sociali in agricoltura; Associazione Territoriale Commercianti Macchine Agricole (ACMA Abruzzo-Molise)
Trasversalità per l'azione	Intersettoriale
Attività principali	8.14.1 Raccordo con INAIL regionale, ACMA, enti bilaterali in agricoltura e operatori dei servizi PSAL della Regione 8.14.2 Organizzazione e alla realizzazione di corsi per venditori e riparatori di macchine agricole; 8.14.3 Elaborazione dello standard regionale da replicare a livello territoriale a garanzia dell'omogeneità dei contenuti e degli obiettivi formativi; 8.14.4 Realizzazione dei corsi
Rischi e management dei rischi	Difficoltà di coinvolgimento dei riparatori di macchine agricole e degli enti bilaterali

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.14

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.14.1	Coordinamento regionale del Programma			X	X										
Attività 8.14.2	Coordinatore Comitato Regionale di Coordinamento				X	X									
Attività 8.14.3	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura						X	X							
Attività 8.14.4	Direttori SPSAL								X	X	X	X	X	X	X

AZIONE 8.15: Supportare la formazione degli attori aziendali della prevenzione in agricoltura, in collaborazione con la pariteticità.

DESCRIZIONE	La notevole frammentazione del tessuto produttivo nel settore dell'agricoltura (che si accompagna a una particolare diffusione ed entità dei rischi per la salute e per la sicurezza), associata a una diffusa accettazione di tali rischi da parte degli operatori del settore, ostacola la possibilità per un grande numero di aziende di disporre di competenze adeguate per il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza. Si rende quindi necessario promuovere iniziative di formazione, in collaborazione con la pariteticità, rivolte prioritariamente ai consulenti (ivi compresi i tecnici degli enti bilaterali) e ai Responsabili SPP, incentrate sulla applicazione di strumenti utili alla valutazione (anche standardizzata) dei rischi (compresi i rischi per la salute da esposizione a sovraccarico biomeccanico e ad agenti cancerogeni) e alla individuazione di misure efficaci di prevenzione (anche a seguito di infortuni significativi). Tra gli strumenti possibili a tali fini sarà compreso il modello Infor.MO per l'analisi della causa e delle dinamiche degli infortuni e degli incidenti
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Operatori SPSAL e INAIL Consulenti in materia di salute e sicurezza e RSPP delle imprese agricole, Associazioni di categoria, enti bilaterali e parti sociali in agricoltura; Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08
Trasversalità per l'azione	Intersettoriale
Attività principali	8.15.1 Analisi dei bisogni formativi con il coinvolgimento degli enti bilaterali e delle parti sociali in agricoltura; 8.15.2 Elaborazione di uno standard di formazione regionale condiviso in materia di valutazione dei rischi (anche attraverso procedure standardizzate) ed individuazione delle misure di prevenzione, rivolto ai consulenti per la salute e sicurezza sul lavoro e ai RSPP delle aziende agricole; 8.15.3 Organizzazione e realizzazione di corsi di formazione secondo lo standard regionale nei territori delle ASL
Rischi e management dei rischi	difficoltà di coinvolgimento degli enti bilaterali e delle parti sociali ridotto numero di operatori SPSAL

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.15

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Attività 8.15.1	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura				X	X										
Attività 8.15.2	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura					X	X									
Attività 8.15.3	Direttori SPSAL							X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE 8.16: Garantire l'attività di vigilanza e controllo, applicando la procedura e gli indirizzi regionali, nelle aziende del comparto agricolo-forestale, in coerenza con i contenuti del relativo piano nazionale di prevenzione.

DESCRIZIONE	L'azione prevede, in continuità con l'attività già in essere, migliorandone la trasparenza e l'omogeneità attraverso l'applicazione della procedura e degli indirizzi regionali pubblicati, ed estesa ai rischi per la salute e al controllo delle condizioni di salute e sicurezza negli allevamenti, l'effettuazione per ciascun anno di un numero di interventi di vigilanza e controllo ripartiti in funzione della dimensione aziendale, progressivamente crescente fino a 210 controlli nel 2018 (nel caso di perdurante carenza dell'anagrafe delle aziende agricole). . In coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione in agricoltura, nell'ambito dei controlli sarà compreso il 5% delle rivendite di macchine e attrezzature agricole attive nel territorio e il 10% degli allevamenti (per la verifica delle condizioni di sicurezza in zootecnia). L'azione finalizzata ai controlli sull'utilizzo di fitosanitari, come già evidenziato, è compresa tra quelle di promozione dell'uso sostenibile e sicuro di tali prodotti nell'ambito del programma numero 10. Lo standard individuato in tale azione concorre allo standard complessivo previsto per la presente azione.
Gruppo beneficiario	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia.
Setting	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Operatori SPSAL e Servizi di Veterinaria delle ASL Dipartimento Regionale Sviluppo Economico e Politiche Agricole Aziende agricole e zootecniche, venditori di macchine agricole, organizzazioni sindacali e datoriali ed enti bilaterali in agricoltura Comitato Regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/08
Trasversalità	Intersettoriale
Attività principali	8.16.1 Acquisizione dell'anagrafe delle aziende agricole operanti nella Regione e suo aggiornamento 8.16.2 Programmazione, per livello di rischio e priorità di intervento, dell'attività di vigilanza con riferimento all'anagrafe regionale delle aziende agricole 8.16.3 Effettuazione degli interventi di vigilanza e controllo per la salute e la sicurezza nelle aziende agricole, presso le rivendite di macchine ed attrezzature agricole e presso gli allevamenti 8.16.4 Registrazione dei dati relativi alla vigilanza su supporto informatico 8.16.5 Report annuale sull'attività svolta, sulle criticità individuate e sull'andamento degli infortuni e delle malattie professionali giunti a conoscenza dei servizi PSAL al Comitato regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/08
Rischi e management dei rischi	Al fini della programmazione della vigilanza è necessario disporre dell'anagrafe regionale delle aziende agricole, che non si è riusciti fino ad oggi ad ottenere. Fra le azioni previste a livello centrale vi è la realizzazione e la messa a disposizione di un'anagrafe omogenea nazionale basata sui dati AGEA. In caso di persistenza di questa difficoltà, sarà gravemente ostacolata la selezione delle aziende in funzione delle dimensioni con conseguente ridotta efficienza della azione e possibilità di mancato raggiungimento dello standard.

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.16

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.16.1	Coordinamento regionale del Programma		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.16.2	Direttori SPSAL					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.16.3	Direttori Dipartimenti di Prevenzione			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.16.4	Direttori SPSAL			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.16.5	Direttori SPSAL							X				X			

AZIONE 8.17: Garantire l'effettuazione di inchieste per infortuni gravi e mortali in agricoltura giunti a conoscenza dei SPSAL alimentando il sistema di sorveglianza Infor.MO.

DESCRIZIONE	L'attività di indagine sugli infortuni è strumento utile sia a fini di giustizia, sia al fine di individuare i determinanti degli eventi e le relative misure di prevenzione. Questa seconda finalità rientra tra gli obiettivi di promozione della prevenzione della mortalità e della morbilità evitabili nella collettività, che sono specifici dei Dipartimenti di Prevenzione. Anche per l'agricoltura, l'analisi delle cause e delle dinamiche degli eventi infortunistici permette di individuare le criticità verso cui indirizzare prioritariamente le iniziative di informazione, formazione e assistenza rivolte al sistema delle aziende e dei loro consulenti. Il modello Infor.MO permette, a questo proposito, la standardizzazione della analisi, oltre che un sostegno alla valutazione di coerenza logica della ricostruzione delle cause e delle dinamiche. Questa azione è finalizzata all'implementazione del modello di analisi Infor.MO nelle inchieste per infortuni gravi e mortali in agricoltura, garantendo l'inserimento dei dati nella piattaforma dedicata, ivi comprese le sezioni relative alle caratteristiche delle macchine e delle attrezzature coinvolte negli eventi. Negli ultimi anni, sono state realizzate nella regione iniziative di formazione all'uso del modello Infor.MO che hanno coinvolto tutti gli operatori dei servizi PSAL, e si prevede di operare una ricognizione di eventuali ulteriori bisogni formativi specificamente riferiti all'implementazione dei dati nelle sezioni della piattaforma dedicate all'agricoltura.
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Operatori SPSAL Aziende agricole e zootecniche, organizzazioni sindacali e datoriali ed enti bilaterali in agricoltura Comitato Regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/08
Trasversalità	Intersettoriale
Attività principali	8.17.1 Ricognizione di eventuali bisogni di formazione degli operatori SPSAL riferiti all'implementazione nella piattaforma Infor.MO dei dati relativi a macchine ed attrezzature agricole coinvolte negli infortuni indagati ed eventuale realizzazione di corsi di formazione specifici. 8.17.2 Conduzione di inchieste su una quota pari ad almeno l'80% degli infortuni gravi e mortali in agricoltura notificati o segnalati ai SPSAL 8.17.3 Applicazione del modello Infor.MO nelle attività di inchiesta, ed implementazione dei dati nella piattaforma del sistema di sorveglianza. 8.17.4 Produzione di report annuale sulle caratteristiche del fenomeno infortunistico in agricoltura con evidenza delle criticità emerse dall'analisi delle cause e delle dinamiche degli eventi gravi e mortali. 8.17.5 Diffusione del report attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs. 81/08. 8.17.6 Evento regionale finalizzato alla diffusione dei contenuti dei report annuali.

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.17

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Attività 8.17.1	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura		X	X	X											
Attività 8.17.2	Direttori SPSAL		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.17.3	Direttori SPSAL			X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.17.4	Referente regionale sistema di sorveglianza InforMO							X				X				
Attività 8.17.5	Coordinatore Comitato Regionale di Coordinamento							X				X				
Attività 8.17.6	Coordinamento regionale del Programma															X

AZIONE 8.18: Promuovere il miglioramento della qualità e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria in agricoltura.

DESCRIZIONE

In agricoltura l'attenzione prioritaria si concentra tradizionalmente sui rischi legati all'uso di macchine ed attrezzature. La valutazione dei rischi per la salute viene spesso tralasciata o ridotta a mero adempimento formale. Tuttavia, le persone che operano nel comparto (che spesso sono lavoratori autonomi o con rapporti di lavoro saltuari, stagionali o irregolari) sono di fatto esposti a rischi anche gravi per esposizione ad agenti chimici, fisici, biologici ed a sovraccarico biomeccanico, rischi la cui valutazione è certo complessa per l'andamento e l'entità incostanti nel tempo, ma che sono causa di patologie lavoro correlate spesso misconosciute. E' quindi opportuno avviare un intervento di promozione, oltre che della valutazione dei rischi per la salute già prevista in altra azione, della effettuazione di una sorveglianza sanitaria secondo protocolli naturalmente coerenti con gli esiti della valutazione dei rischi che ne promuova il miglioramento attraverso la valutazione di efficacia delle misure di prevenzione attuate. Pertanto sarà avviata una attività di assistenza e di formazione dei medici competenti operanti nel territorio regionale nel settore dell'agricoltura, con l'obiettivo di:

- Promuovere l'adozione di protocolli e linee guida espressione di indirizzi scientifici avanzati
- Contribuire ad un miglioramento della capacità diagnostica delle patologie lavoro correlate in agricoltura
- Sollecitare l'adempimento degli obblighi connessi all'individuazione di patologie di origine professionale sospetta o accertata

Le attività connesse a questa azione si avvarranno dei risultati della elaborazione dei dati sanitari aggregati (all. 3b art. 40 D.Lgs. 81/08) relativi al settore della agricoltura

Gruppo beneficiario

Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia

Setting

Ambienti di lavoro

Gruppi di interesse

Operatori SPSAL
Medici Competenti in aziende agricole
Aziende agricole e zootecniche, organizzazioni sindacali e datoriali ed enti bilaterali in agricoltura
Comitato Regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/08

Trasversalità

Intersettoriale

Attività principali

8.18.1 Report annuale regionale sui dati sanitari aggregati ex all. 3B art. 40 D.Lgs. 81/08 relativi alla agricoltura e costruzione/aggiornamento dell'anagrafe dei medici competenti operanti nel settore, anche con la collaborazione degli enti bilaterali in agricoltura.
8.18.2 Organizzazione di iniziative su base regionale o territoriale (in funzione della numerosità dei destinatari) per la diffusione ai medici competenti individuati dei dati elaborati, e per il confronto finalizzato alla individuazione dei fabbisogni informativi in materia di sorveglianza sanitaria e diagnosi malattie lavoro correlate in agricoltura.
8.18.3 Progettazione di eventi formativi secondo uno standard omogeneo su base regionale destinati ai medici competenti di aziende agricole.
8.18.4 Accreditamento ECM .
8.18.5 Realizzazione eventi.

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.18

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.18.1	Coordinamento regionale del Programma			X	X			X	X			X	X		
Attività 8.18.2	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.18.3	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura						X	X							
Attività 8.18.4	Gruppo tecnico regionale di coordinamento del Piano di Prevenzione in Agricoltura							X							
Attività 8.18.5	Direttori SPSAL								X	X	X	X	X	X	X

AZIONE 8.19: Garantire l'effettuazione di inchieste per malattie professionali in agricoltura giunte a conoscenza dei servizi PSAL alimentando il sistema di sorveglianza MALPROF.

DESCRIZIONE

L'atteggiamento di accettazione del rischio e la scarsa attenzione alla relazione tra fattori di rischio lavorativi e salute che è caratteristica degli operatori in agricoltura condiziona il ridotto numero di casi di malattia professionale segnalati. Costituisce una eccezione il caso osservato nella regione tra il 2009 e il 2012 di sovrannotifica di malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore localizzato in una delle quattro province ed associato al lavoro in agricoltura. Tale fenomeno si è negli ultimi anni ridimensionato. L'emersione e la sovrannotifica hanno comunque riguardato quasi unicamente le patologie da sovraccarico biomeccanico ed è tuttora estremamente ridotto il numero di malattia da esposizione a rischi chimici, fisici e biologici, compresi i tumori professionali, correlabili alla esposizione lavorativa oggetto di segnalazione in agricoltura. Le azioni di promozione del miglioramento della qualità della valutazione dei rischi per la salute e della sorveglianza sanitaria, a fianco a quelle mirate all'estensione della vigilanza ai rischi per la salute, sono finalizzate a determinare una emersione del fenomeno. Questa azione è mirata all'obiettivo di garantire l'indagine sulle malattie professionali in agricoltura segnalate ai SPSAL anche a seguito degli interventi sopra ricordati. Anche per le malattie professionali, come per gli infortuni, le indagini hanno sia fini di giustizia (ricordando qui la difficoltà di attribuire responsabilità per la violazione di norme di prevenzione connesse causalmente all'esposizione in un settore caratterizzato da estrema discontinuità della esposizione dal punto di vista qualitativo e quantitativo) sia ai fini di promozione della prevenzione della morbilità evitabile, sia a fini più generali di sorveglianza del fenomeno. Il sistema nazionale di sorveglianza delle malattie professionali (MALPROF) costituisce un supporto alla individuazione del nesso di causalità poiché fornisce dati comparabili statisticamente su tutto il territorio nazionale. L'alimentazione del sistema da parte degli operatori SPSAL a seguito dell'analisi standardizzata e suffragata dalla letteratura scientifica dei casi di malattia professionale ne arricchisce progressivamente l'utilità.

Si prevede quindi di effettuare inchieste sull'80% delle malattie lavoro correlate in agricoltura denunciate o segnalate ai SPSAL, implementando il modello di analisi MALPROF per l'individuazione della possibilità/probabilità del nesso di causalità rispetto alle attività svolte, ed inserendo i dati nella piattaforma INAIL dedicata.

Gruppo beneficiario prioritario

Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia

Setting identificato per l'azione

Ambienti di lavoro

Gruppi di interesse

Operatori SPSAL
Aziende agricole e zootecniche, organizzazioni sindacali e datoriali ed enti bilaterali in agricoltura
Comitato Regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/08

Trasversalità

Intersettoriale

Attività principali

8.19.1 Ricognizione di eventuali bisogni formativi degli operatori SPSAL riferiti all'applicazione del modello MALPROF e all'inserimento dei dati nella piattaforma del sistema di sorveglianza.

8.19.2 Conduzione di inchieste su una quota pari ad almeno l'80% delle malattie professionali in agricoltura segnalate o denunciate ai SPSAL.

8.19.3 Applicazione del modello MALPROF e implementazione dei dati nella piattaforma del sistema di sorveglianza.

8.19.4 Produzione di report annuale sulle malattie professionali segnalate o denunciate in agricoltura con evidenza dei nessi di causalità emersi.

8.19.5 Diffusione del report attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs. 81/2008.

8.19.6 Diffusione del contenuto del report annuale in occasione di evento regionale

Rischi e management dei rischi Numero ridotto di operatori SPSAL

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.19

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Attività 8.19.1	Referente scientifico regionale del sistema di sorveglianza MALPROF		X	X	X											
Attività 8.19.2	Direttori SPSAL		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.19.3	Direttori SPSAL			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.19.4	Referente scientifico regionale del sistema di sorveglianza MALPROF							X					X			
Attività 8.19.5	Coordinatore Comitato Regionale di Coordinamento							X					X			
Attività 8.19.6	Coordinamento tecnico regionale del Programma															X

AZIONI INDIRIZZATE AI RISCHI DI MALATTIE MUSCOLOSCELETRICHE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO, DA ESPOSIZIONE A CANCEROGENI E DA STRESS LAVORO CORRELATO CONCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA 8

	OBIETTIVI GENERALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
O.S. 20: Migliorare le conoscenze e le competenze degli operatori dei Servizi di vigilanza delle ASL in materia di valutazione dei rischi occupazionali per la salute, con priorità per i rischi : da sovraccarico biomeccanico dell'apparato muscoloscheletrico, da esposizione a cancerogeni e da stress lavoro correlato	7.8	n. operatori SPSAL formati attraverso eventi accreditati ECM in materia di valutazione dei rischi da sovraccarico biomeccanico, esposizione a cancerogeni, stress lavoro correlato/totale operatori SPSAL		100%
O.S. 21: Promuovere il miglioramento delle conoscenze e la sensibilizzazione in materia di rischi e danni da sovraccarico biomeccanico dell'apparato muscolo scheletrico e da esposizione a cancerogeni attraverso iniziative di informazione e formazione rivolte ai medici dell'assistenza primaria e di quella ospedaliera delle ASL	7.2	<p>Materiali informativi sulle patologie lavoro correlate da sovraccarico biomeccanico e da cancerogeni, sulle lavorazioni più frequentemente associate e sugli adempimenti dovuti dai medici</p> <p>Corso di aggiornamento su tumori professionali ad alta frazione eziologica e sui registri regionali attivi per medici dell'assistenza primaria e ospedaliera e medici di patronato</p> <p>7.2.1 incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali</p>	<p>n.r.</p> <p>n.r.</p> <p>4930</p> <p>n.r.</p>	<p>Materiali prodotti e pubblicati sui siti web delle ASL</p> <p>3 edizioni del corso nella regione</p> <p>5423</p> <p>1 report annuale pubblicato sui siti web della Regione e delle ASL a partire dal 2017</p>
O.S. 22 analizzare l'andamento delle Malattie professionali denunciate ed indennizzate dall'INAIL, e di quelle denunciate e segnalate	7.2	Report annuale sull'andamento epidemiologico delle MP nella regione,	n.r.	

	OBIETTIVI GENERALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
	ai SPSAL, nel complesso e con riferimento alle malattie muscoloscheletriche, ai tumori professionali e alle patologie da stress lavoro correlato, individuando i comparti lavorativi a maggiore incidenza.	con particolare riferimento alle patologie dell'apparato muscoloscheletrico da sovraccarico biomeccanico, ai tumori professionali e alle patologie da stress lavoro-correlato	n.r.	Report annuale a partire dal 2017 pubblicato su siti web della Regione e delle ASL
	O.S. 23: Analizzare secondo il modello MalProf i casi di malattia lavoro-correlata da sovraccarico biomeccanico e di tumori professionali segnalati ai SPSAL, alimentando il sistema di sorveglianza nazionale.	7.2 Malattie lavoro correlate muscoloscheletriche da sovraccarico biomeccanico e tumori professionali resi noti ai SPSAL analizzati secondo il modello MALPROF e dati inseriti nel sistema di sorveglianza		
	O.S. 24: costituire presso il COR Abruzzo un archivio di dati di ex esposti ad amianto residenti nella regione	8.9 Report regionale sui dati relativi agli ex esposti ad amianto per comparti produttivi e lavorazioni		Produzione di report regionale annuale a partire dal 2017
	O.S. 25: Realizzare la presa in carico e la sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto secondo il protocollo adottato dal coordinamento interregionale PISLL	7.2 Attività di presa in carico e sorveglianza sanitaria su richiesta degli ex esposti ad amianto avviata , con report annuale riepilogativo secondo il formato condiviso a livello nazionale		Report annuale a partire dal 2017
	O.S. 26: Promuovere e supportare l'informazione e la formazione degli attori della prevenzione nelle aziende pubbliche e private con esposizione ad agenti cancerogeni, in collaborazione con le parti sociali, anche ai fini del miglioramento della qualità della valutazione dei rischi	7.3 Iniziative di diffusione di materiali informativi e di confronto con le imprese dei comparti prioritari per rischio realizzate nel territorio con il coinvolgimento delle parti sociali 7.4 7.5 Corsi di formazione per gli attori delle prevenzione dei comparti a maggior rischio realizzati nel territorio	n.r. n.r.	4 iniziative nel territorio della regione 2 corsi di formazione nel territorio della regione

	OBIETTIVI GENERALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
O.S. 27: Promuovere il miglioramento delle conoscenze e delle competenze degli attori della prevenzione dei sistemi aziendali (datori di lavoro, RLS, RSPP, Medici competenti) e dei consulenti in materia di valutazione e gestione dei rischi da stress lavoro correlato, con il coinvolgimento delle parti sociali e della bilateralità	7.3	Materiali informativi condivisi con le parti sociali nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 D.Lgs. .n 81/08	n.r.	Materiali informativi condivisi dal 2016
	7.4	Incontri con imprese e organizzazioni sindacali nel territorio per la diffusione di materiali informativi e il confronto su valutazione e gestione del rischio da stress lavoro correlato	n.r.	4 incontri nel territorio della regione dal 2017
	7.5			
O.S. 28: Effettuare interventi di audit sulle modalità di attuazione dell'obbligo di valutazione del rischio da stress lavoro correlato secondo le procedure individuate a livello nazionale	7.8	Standard di valutazione elaborato dal Coordinamento Nazionale del Piano di Prevenzione del rischio da SLC applicato in un campione di aziende nella regione	n.r.	Verifica in un campione di 8 aziende /anno nel territorio regionale dal 2017

Quadro delle azioni indirizzate ai rischi di malattie muscoloscheletriche da sovraccarico biomeccanico, da esposizione a cancerogeni e da stress lavoro correlato concorrenti alla realizzazione del Programma 8

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
AZIONE 8.20	Migliorare le conoscenze e le competenze degli operatori dei Servizi di vigilanza delle ASL in materia di valutazione dei rischi occupazionali per la salute, con priorità per i rischi : da sovraccarico biomeccanico dell'apparato muscoloscheletrico, da esposizione a cancerogeni e da stress lavoro correlato	Operatori di vigilanza delle ASL formati in materia di valutazione dei rischi da sovraccarico biomeccanico, da esposizione a cancerogeni e da stress lavoro-correlato	REGIONE (report annuale)	n. operatori SPSAL formati/ totale operatori SPSAL					100% operatori SPSAL formati attraverso corsi accreditati ECM
AZIONE 8.21	Promuovere il miglioramento delle conoscenze e la sensibilizzazione in materia di rischi e danni da sovraccarico biomeccanico	Medici di Medicina Generale, medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali e medici di patronato informati e formati	Siti web aziendali delle ASL	n. corsi realizzati	n.r.				Materiali informativi sulle patologie lavoro correlate da sovraccarico biomeccanico e da cancerogeni, sulle lavorazioni più frequentemente associate e sugli adempimenti dovuti dai medici pubblicati sui siti web aziendali delle ASL

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
	dell'apparato muscolo scheletrico e da esposizione a cancerogeni attraverso iniziative di informazione e formazione rivolte ai medici dell'assistenza primaria e di quella ospedaliera delle ASL e ai medici di patronato	7.2.1 Incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali	Regione (report annuale) Flussi INAIL - Regioni	n. medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali e medici di patronato formati n. malattie professionali denunciate nell'anno	n.r. n.r. 4930		2 edizioni di corso di formazione su tumori ad alta frazione eziologica 90 5423 nel 2018		
Azione 8.22	Analizzare l'andamento delle Malattie professionali denunciate ed indennizzate dall'INAIL, e di quelle denunciate e segnalate ai SPSAL, nel complesso e con riferimento alle malattie muscoloscheletriche, ai tumori professionali e alle	Report annuale sull'andamento epidemiologico delle MP nella regione, con particolare riferimento alle patologie dell'apparato muscoloscheletrico da sovraccarico biomeccanico, ai tumori professionali e alle patologie da stress lavoro-	Siti web (Regione e ASL)		n.r.			1 report annuale pubblicato sui siti web di Regione e ASL	

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
	patologie da stress lavoro correlato, individuando i comparti lavorativi a maggiore incidenza	correlato							
AZIONE 8.23	Analizzare utilizzando il modello MalProf i casi di malattia lavoro-correlata da sovraccarico biomeccanico e di tumori professionali segnalati ai SPSAL, alimentando il sistema di sorveglianza nazionale.	Malattie lavoro correlate muscoloscheletriche da sovraccarico biomeccanico e tumori professionali resi noti ai SPSAL analizzati secondo il modello MALPROF e dati inseriti nel sistema di sorveglianza	Sistema di Sorveglianza MalProf (report annuale del referente regionale)		n.r.			Report regionale annuale pubblicato su siti web della Regione e delle ASL	
AZIONE 8.24	Costituire presso il COR Abruzzo un archivio di dati di ex esposti ad amianto residenti nella regione	Indicatore 8.9.1. Report regionale sui dati relativi agli ex esposti ad amianto per comparti produttivi e lavorazioni	COR (report annuale)		n.r.				report regionale annuale
AZIONE 8.25	Realizzare la presa in carico e la sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto	Attività di presa in carico e sorveglianza sanitaria su richiesta degli ex	Regione (Riepilogo annuale secondo il formato		n.r.			Report annuale	

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
	secondo il protocollo adottato dal coordinamento interregionale PISLL	esposti ad amianto avviata	condiviso a livello nazionale)						
AZIONE 8.26	Promuovere e supportare l'informazione e la formazione degli attori della prevenzione nelle aziende pubbliche e private con esposizione ad agenti cancerogeni, in collaborazione con le parti sociali, anche ai fini del miglioramento della qualità della valutazione dei rischi	<p>Iniziative territoriali di diffusione di materiali informativi e di confronto con le imprese dei comparti prioritari per rischio</p> <p>Corsi di formazione per gli attori delle prevenzione dei comparti a maggior rischio</p>	<p>SPSAL (report annuali)</p> <p>SPSAL (report annuali)</p>	<p>n. iniziative realizzate con il coinvolgimento delle parti sociali</p> <p>n. corsi di formazione realizzati nella regione</p>	<p>n.r.</p> <p>n.r.</p>		2 iniziative di informazione e confronto nella regione	2 iniziative di informazione e confronto nella regione	2 corsi di formazione nella regione
AZIONE 8.27	Promuovere il miglioramento delle conoscenze e delle competenze degli attori della prevenzione dei sistemi aziendali (datori di lavoro, RLS, RSPP, Medici competenti) e dei consulenti in materia	<p>Materiali informativi condivisi con le parti sociali nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 D.Lgs. n. 81/08</p> <p>Incontri con imprese e organizzazioni sindacali nel</p>	<p>REGIONE (report annuale, protocolli di intesa e verbali comitato ex art. 7 D.Lgs. n. 81/08)</p> <p>SPSAL (report</p>		n.r.		Materiali informativi condivisi	4 incontri nel territorio della regione	

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
	di valutazione e gestione dei rischi da stress lavoro correlato, con il coinvolgimento delle parti sociali e della bilateralità	territorio per la diffusione di materiali informativi e il confronto su valutazione e gestione del rischio da stress lavoro correlato	annuale)						
AZIONE 8.28	Effettuare interventi di audit sulle modalità di attuazione dell'obbligo di valutazione del rischio da stress lavoro correlato secondo lo standard elaborato a livello nazionale	Standard di valutazione elaborato dal Coordinamento Nazionale del Piano di Prevenzione del rischio da SLC applicato in un campione di aziende nella regione	SPSAL (report annuale)	n. aziende sottoposte ad interventi di verifica / anno				8 aziende / anno	8 aziende / anno

PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI INDIRIZZATE AI RISCHI DI MALATTIE MUSCOLOSCELETRICHE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO, DA ESPOSIZIONE A CANCEROGENI E DA STRESS LAVORO CORRELATO CONCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA 8

AZIONE 8.20: Migliorare le conoscenze e le competenze degli operatori dei Servizi di vigilanza delle ASL in materia di valutazione dei rischi occupazionali per la salute, con priorità per i rischi : da sovraccarico biomeccanico dell'apparato muscoloscheletrico, da esposizione a cancerogeni e da stress lavoro correlato.

DESCRIZIONE	L'attenzione rivolta ai rischi per la salute, in particolare nei due comparti – edilizia ed agricoltura - ai quali si erano rivolte fino ad oggi in modo sistematico soprattutto azioni di informazione, formazione ed assistenza in materia di rischi per la sicurezza, richiede una valutazione del fabbisogno formativo degli operatori SPSAL (soprattutto dei tecnici della prevenzione) in relazione ai criteri e ai metodi di valutazione dei rischi ai quali questo Piano è prioritariamente indirizzato. Inoltre, la necessaria omogeneità delle azioni da mettere in campo nella regione richiede occasioni di confronto e di condivisione nell'ambito di iniziative formative finalizzate a migliorare l'efficacia degli interventi.
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori di vigilanza dei Servizi PSAL
Setting	Ambienti sanitari
Gruppi di interesse	Operatori sanitari SPSAL Imprese ed enti attivi nella regione, Organizzazioni sindacali e datoriali, enti bilaterali, RLS / RLST , consulenti, medici competenti,, lavoratori e lavoratrici
Attività principali	8.20.1 Ricognizione bisogni formativi degli operatori dei SPSAL 8.20.2 elaborazione progetto formativo 8.20.3 accreditamento ECM 8.20.4 realizzazione corso di aggiornamento in una o più edizioni in funzione del numero di operatori destinatari

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.20

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Attività 8.20.1	Coordinamento regionale del Programma	X	X													
Attività 8.20.2	Coordinamento regionale del Programma		X													
Attività 8.20.3	Coordinamento regionale del Programma			X												
Attività 8.20.4	Direttori SPSAL			X	X	X	X									

AZIONE 8.21: Promuovere il miglioramento delle conoscenze e la sensibilizzazione in materia di rischi e danni da sovraccarico biomeccanico dell'apparato muscolo scheletrico e da esposizione a cancerogeni attraverso iniziative di informazione e formazione rivolte ai medici dell'assistenza primaria e di quella ospedaliera delle ASL e ai medici di patronato.

DESCRIZIONE Uno dei motivi della sottonotifica delle malattie da lavoro è legato alla caratteristica di a-specificità della maggior parte delle patologie oggi riscontrabili, e alla scarsa attenzione dei sanitari alla possibile correlazione con il lavoro delle patologie diagnosticate. Questo è particolarmente vero per le malattie legate all'invecchiamento (fra le quali assumono particolare rilevanza dal punto di vista epidemiologico quelle muscoloscheletriche da sovraccarico biomeccanico) e per le neoplasie, tipicamente caratterizzate da una lunga latenza tra l'esposizione e la diagnosi, tale da rendere particolarmente complessa l'individuazione del nesso di causalità. Inoltre, ulteriori difficoltà sono legate alle patologie (non solo tumorali) caratterizzate da una bassa frazione attribuibile all'esposizione professionale. È quindi necessario, ai fini dell'emersione delle malattie professionali (che è uno degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione), svolgere un'azione di sensibilizzazione e di miglioramento delle conoscenze in materia nei confronti dei medici che operano nel Servizio Sanitario regionale, oltre che dei medici di patronato, attraverso attività di informazione e di formazione riguardanti prioritariamente le patologie da lavoro di più frequente riscontro nel territorio della regione, i tumori ad alta frazione etiologica professionale e le patologie per le quali in letteratura venga evidenziata una più frequente sottonotifica. Le informazioni riguarderanno anche gli adempimenti dovuti dal medico in caso di sospetta o probabile malattia professionale, con evidenza delle sanzioni previste. Saranno organizzate iniziative di formazione riguardanti prioritariamente tumori ad alta frazione etiologica professionale (Mesoteliomi maligni e tumori nasosinusal) con lo scopo di migliorare i flussi informativi verso i registri regionali (ReNaM – già attivo – e RenaTuNS, in via di attivazione).

Gruppo beneficiario Medici operanti nel Servizio Sanitario regionale e Medici di patronato
Setting Ambienti sanitari
Gruppi di interesse Operatori sanitari SPSAL; Lavoratrici e lavoratori esposti o ex esposti a rischi professionali per la salute, Imprese ed enti attivi nella regione, Organizzazioni sindacali e datoriali, enti bilaterali, RLS / RLST, medici competenti
Attività principali 8.21.1 predisposizione di materiale informativo sulle patologie lavoro correlate, sulle lavorazioni più frequentemente associate e sugli adempimenti dovuti dai medici
 8.21.2 diffusione dei materiali informativi e pubblicazione sui siti web delle ASL
 8.21.3 progettazione di corso di aggiornamento sui tumori professionali ad alta frazione etiologica e sui Registri regionali attivi
 8.21.4 accreditamento ECM
 8.21.5 realizzazione di una o più edizioni del corso sul territorio regionale

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.21

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.21.1	Coordinamento regionale del Programma	X	X	X											
Attività 8.21.2	Direttori generali ASL				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.21.3	Coordinamento regionale del Programma				X										
Attività 8.21.4	Direttori SPSAL					X									
Attività 8.21.5	Direttori SPSAL						X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE 8.22: analizzare l'andamento delle Malattie professionali denunciate ed indennizzate dall'INAIL, e di quelle denunciate e segnalate ai SPSAL, nel complesso e con riferimento alle malattie muscoloscheletriche, ai tumori professionali e alle patologie da stress lavoro correlato, individuando i comparti lavorativi a maggiore incidenza.

DESCRIZIONE

L'analisi dei dati disponibili attraverso i flussi INAIL – Regione consente di disporre, se pure con un ritardo di due anni, di un quadro delle malattie professionali denunciate e riconosciute nel complesso e per comparto produttivo, anche con individuazione dei codici nosologici. I dati sanitari aggregati contenuti nella banca dati alimentata dai medici competenti (all. 3B art. 40 D.Lgs. n. 81/08) forniscono un ulteriore, se pure non rilevante, contributo, così come le segnalazioni pervenute ai SPSAL (la cui registrazione e informatizzazione è prevista in altra azione contenuta nel programma 1) e i dati risultanti dal ReNaM (già attivo nella regione da oltre 10 anni), dal ReNaTuNS e dal registro dei tumori a bassa frazione eziologica professionale (che saranno attivati attraverso un'azione nell'ambito del programma 1). Attraverso l'elaborazione territoriale dei dati derivanti dall'integrazione di queste fonti, e la successiva aggregazione regionale, sarà possibile arrivare alla descrizione del fenomeno su base regionale e territoriale, dal punto di vista dell'incidenza e dell'andamento nel tempo e della relazione con le attività produttive attive nella regione. L'elaborazione annuale consentirà il monitoraggio dell'efficacia delle azioni finalizzate all'emersione delle malattie professionali. I report annuali saranno pubblicati sui siti web della regione e delle ASL e diffusi attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 D.Lgs. n. 81/08. Saranno utilizzati ai fini della programmazione annuale delle attività in tale sede.

Gruppo beneficiario
Setting
Gruppi di interesse

Lavoratrici e lavoratori esposti ed ex esposti a rischi professionali nella regione
Ambienti di lavoro
Operatori SPSAL,
medici competenti, Imprese ed enti attivi nella regione, Organizzazioni sindacali e datoriali, enti bilaterali, RLS / RLST , Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08

Trasversalità
Attività principali

Intersettoriale
8.22.1 analisi dei contenuti delle fonti individuate (flussi correnti e flussi INAIL – Regioni, Banca dati allegato 3B art. 40 D.Lgs.n. 81/08, registri tumori professionali attivi, sistema di sorveglianza delle malattie professionali MalProf)
8.22.2 elaborazione dei dati su base territoriale
8.22.3 aggregazione dei dati su base regionale
8.22.4 produzione di report annuale
8.22.5 condivisione del report nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento e pubblicazione sul sito web delle ASL

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.22

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.22.1	Coordinamento regionale del Programma		X	X	X										
Attività 8.22.2	Direttori SPSAL				X	X									
Attività 8.22.3	Coordinamento regionale del Programma						X								
Attività 8.22.4	Coordinamento regionale del Programma							X							
Attività 8.22.5	Coordinatore Comitato regionale Coordinamento							X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE 8.23: Analizzare secondo il modello MalProf i casi di malattia lavoro-correlata da sovraccarico biomeccanico e di tumori professionali segnalati ai SPSAL, alimentando il sistema di sorveglianza nazionale.

DESCRIZIONE	Nella regione è attivo il sistema di sorveglianza Mal Prof e la maggior parte degli operatori SPSAL è stata formata all'uso del modello. Si provvederà ad una estensione degli operatori abilitati all'inserimento dei dati, incrementando il numero di casi analizzati e inseriti nel sistema, con priorità per le patologie da sovraccarico biomeccanico (che oggi rappresentano la maggioranza delle patologie segnalate) e i tumori professionali segnalati ai SPSAL. Sarà prodotto un report regionale annuale sui casi inseriti nel sistema, con diffusione e pubblicazione sul sito web della regione e delle ASL
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratrici e lavoratori esposti ed ex esposti a rischi professionali nella regione
Setting	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Operatori SPSAL, medici competenti, Imprese ed enti attivi nella regione, Organizzazioni sindacali e datoriali, enti bilaterali, RLS / RLST , Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08
Trasversalità	Intersectoriale
Attività principali	8.23.1 aumento del numero di operatori abilitati all'inserimento dei dati nel sistema MalProf (almeno 3 operatori per ASL) 8.23.2 analisi dei casi di malattia professionale da sovraccarico biomeccanico (almeno il 30% dei casi segnalati, al 2018) e dei casi di tumore professionale segnalati ai SPSAL, e inserimento dei dati nel sistema di sorveglianza 8.23.3 elaborazione annuale dei dati inseriti e produzione di report 8.23.4 pubblicazione report e diffusione sui siti web delle ASL 8.23.5 condivisione del report nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento 8.23.6 diffusione dei dati nell'ambito di evento pubblico di presentazione dei risultati dei sistemi di sorveglianza (infortuni e malattie professionali) e dei registri dei tumori professionali attivi nella regione

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.23

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Attività 8.23.1	Direttori SPSAL		X													
Attività 8.23.2	Direttori SPSAL			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.23.3	Referente regionale sistema di sorveglianza MALPROF							X				X				
Attività 8.23.4	Direttori generali ASL							X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.23.5	Coordinatore Comitato Regionale di Coordinamento							X				X				
Attività 8.23.6	Coordinamento regionale del Programma											X				

AZIONE 8.24: costituire presso il COR Abruzzo un archivio di dati di ex esposti ad amianto residenti nella regione.

DESCRIZIONE

Sono da considerare ex esposti tutti le persone che, in condizioni di lavoro dipendente o autonomo, in pensione o occupate in altre attività, o in condizioni di sospensione o disoccupazione, dichiarino una pregressa attività con esposizione ad amianto. L'inclusione nell'elenco di ex esposti può avvenire sia per identificazione dei soggetti attraverso la consultazione di archivi esistenti, sia a seguito di richiesta dei singoli interessati. Le fonti documentali sono molteplici (registri di esposti previsti da obblighi attribuiti ai datori di lavoro dalla normativa; archivio INAIL dei soggetti cui sono stati riconosciuti i benefici previdenziali di cui alla L. 257/92; libri matricola di aziende ove sono stati individuati casi di patologie asbesto-correlate; informazioni in possesso dei SPSAL su aziende note per presenza o uso di amianto; banche dati di associazioni di ex esposti e di Patronati sindacali, ecc). La costruzione di un registro di ex professionalmente esposti ad amianto nella regione, oltre a contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica "amianto" sulla popolazione, è presupposto per l'attivazione della sorveglianza sanitaria finalizzata al riconoscimento della pregressa esposizione, all'informazione degli interessati sulle patologie amianto – correlate, all'approfondimento del nesso causale per coloro che risultassero affetti da patologia asbesto-correlata, all'informazione dei soggetti presi in carico sugli eventuali rischi aggiuntivi legati a comportamenti a rischio.

Si attiveranno da parte dei PSAL percorsi di richiesta ed acquisizione dei dati non direttamente detenuti, costruendo elenchi nominativi (aggiornati nel tempo) corredati dalle informazioni disponibili sulle attività lavorative svolte e sui luoghi di lavoro ove si sia verificata l'esposizione, predisponendo link con l'anagrafe degli assistiti. I dati saranno resi disponibili al COR, ai fini della loro elaborazione su base regionale.

Gruppo beneficiario prioritario

Lavoratrici e lavoratori ex esposti ad amianto residenti nella regione.

Setting

Ambienti sanitari, ambienti di lavoro, comunità

Gruppi di interesse

Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione (SPSAL, SIESP), Operatori del COR, UO clinica di Medicina del lavoro (valenza regionale); INAIL, INPS, Patronati, Medici competenti, MMG, Servizi diagnostici delle ASL; Associazioni di ex esposti ad amianto Intersectoriale

Trasversalità

Attività principali

- 8.24.1 ricerca di informazioni su aziende a rischio amianto e casi di patologia asbesto-correlata negli archivi dei SPSAL
- 8.24.2 attivazione di contatti con INAIL Patronati e associazioni di ex esposti ad amianto e acquisizione degli elenchi nominativi da parte dei SPSAL
- 8.24.3 registrazione dei nominativi e dei relativi agli insediamenti e alle lavorazioni con amianto su supporto informatico e aggiornamento periodico
- 8.24.4 acquisizione dell'anagrafe degli assistiti da parte dei SPSAL e/o predisposizione di link con tale anagrafe con aggiornamento periodico
- 8.24.5 condivisione dell'anagrafe con il COR
- 8.24.6 elaborazione dei dati aggregati finalizzata alla costruzione di un "profilo" regionale della pregressa esposizione occupazionale ad amianto per comparti produttivi e lavorazioni.
- 8.24.7 Diffusione dei risultati dell'elaborazione nel corso di evento pubblico di presentazione dei dati relativi ai sistemi di sorveglianza e ai registri tumori professionali attivi nella regione

Rischi

Mancata acquisizione dei dati degli archivi INAIL, con conseguente rallentamento della costruzione dell'archivio e minore copertura

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.24

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.24.1	Direttori SPSAL	X	X												
Attività 8.24.2	Direttori SPSAL		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.24.3	Direttori SPSAL			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.24.4	Direttori SPSAL				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.24.5	Direttori SPSAL				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.24.6	COR Abruzzo											X			X
Attività 8.24.7	COR Abruzzo											X			

AZIONE 8.25: Realizzare la presa in carico e la sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto secondo il protocollo adottato dal coordinamento interregionale PISLL.

DESCRIZIONE

L'attività di presa in carico e sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto (come per gli ex esposti a tutti i cancerogeni occupazionali) è finalizzata a garantire assistenza sanitaria a cittadini esposti in passato a cancerogeni occupazionali, anche ai fini di assistenza medico-legale ed indennizzo nei casi in cui emerga una patologia professionale che altrimenti sarebbe rimasta sconosciuta, e per la quale vi siano possibilità di: diagnosi precoce – in caso ad esempio di tumori del polmone – e possibilità di interventi sanitari in grado di modificare la storia naturale della malattia; provvedimenti di prevenzione terziaria utili a limitare il peggioramento della funzionalità respiratoria (come per cessazione del fumo e vaccinazioni in caso di asbestosi). La Regione ha partecipato, con altre 18 regioni italiane, unitamente a CCM, INAIL, Dipartimenti di Medicina Molecolare dell'università di Padova, al Progetto CCM Regione Veneto appena concluso "Sperimentazione e validazione di un protocollo di sorveglianza sanitaria delle lavoratrici e dei lavoratori ex esposti ad amianto ai sensi dell'art. 259 del D.Lgs. 81/08, ed intende adottare tale protocollo che è in grado di garantire equità di accesso su tutto il territorio nazionale ai soggetti che, trovandosi nelle condizioni sopra individuate, ne facciano richiesta. Agli ex esposti che lo richiederanno verrà dunque offerta un'assistenza di primo livello (con eventuali approfondimenti diagnostici di 2° livello) e controlli nel tempo, con la presa in carico di eventuali patologie tumorali per lo specifico percorso diagnostico terapeutico. Sarà ricercata la collaborazione delle parti sociali, delle associazioni di ex esposti e dei Patronati sindacali, perché collaborino con i SPSAL alla diffusione delle informazioni sulla possibilità di accesso degli ex esposti ad amianto al percorso di presa in carico e di sorveglianza sanitaria: a questo scopo sarà anche prodotto e reso disponibile materiale informativo su organizzazione, potenzialità e obiettivi del percorso attivato, con indicazione degli operatori di riferimento nel territorio. Per consentire la gratuità delle prestazioni di primo livello sarà necessario introdurre uno specifico codice di esenzione dal ticket. Si estenderà la formazione finalizzata alla condivisione delle conoscenze in materia di patologie asbesto correlate e relativi percorsi diagnostico – terapeutici, oltre che sull'organizzazione dell'attività di presa in carico e sorveglianza sanitaria (già realizzata per gli operatori dei SPSAL e dei Servizi di Igiene Pubblica delle ASL, oltre che per gli operatori dell'UO di Medicina del Lavoro della ASL di Pescara) ai MMG e ai medici competenti operanti nel territorio regionale. Sarà infine elaborato un report annuale contenente i dati di sintesi dell'attività, secondo il formato condiviso nell'ambito del Progetto CCM Regione a Veneto sopra richiamato.

Gruppo beneficiario prioritario

Lavoratrici e lavoratori ex esposti ad amianto residenti nella regione

Setting

Ambienti sanitari, ambienti di lavoro, comunità

Gruppi di interesse

Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione (SPSAL, SIESP), Operatori del COR, UO clinica di Medicina del lavoro (valenza regionale); INAIL, INPS, Patronati, Medici competenti, MMG, Servizi diagnostici delle ASL; Associazioni di ex esposti ad amianto

Trasversalità

Intersectoriale

Attività principali

8.25.1 individuazione di un gruppo di coordinamento dell'attività costituito da operatori SPSAL

8.25.2 individuazione degli operatori SPSAL da coinvolgere nell'attività diretta di presa in carico e sorveglianza sanitaria di primo livello e condivisione del protocollo standardizzato

8.25.3 individuazione delle strutture diagnostiche per gli accertamenti complementari alla visita medica

8.25.4 organizzazione delle procedure di avvio dei soggetti che ne facciano richiesta a corsi di disassuefazione dal fumo

8.25.5 produzione di materiale informativo sull'organizzazione dell'attività, potenzialità ed obiettivi del percorso attivato e nominativi degli operatori di riferimento nei SPSAL

- 8.25.6 condivisione dei materiali informativi con parti sociali, associazioni degli ex esposti e patronati sindacali, finalizzata alla diffusione delle informazioni
 8.25.7 introduzione di specifico codice di esenzione dal ticket per le prestazioni di primo livello
 8.25.8 avvio dell'attività a richiesta degli ex esposti
 8.25.9 produzione di report annuale riepilogativo dell'attività secondo il formato condiviso nel Progetto CCM Regione Veneto

Rischi e management dei rischi

Impossibilità di introdurre codice di esenzione dal ticket specifico
 Difficoltà di coinvolgimento delle parti sociali
 Difficoltà di coinvolgimento di strutture diagnostiche o carenza di personale in grado di applicare correttamente le linee guida ILO nella lettura e classificazione di radiogrammi, con conseguente necessità di stipulare accordi interregionali
 Carenza di personale da destinare all'attività di presa in carico e sorveglianza sanitaria nei SPSAL

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.25

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.25.1	Coordinamento Regionale del Programma		X												
Attività 8.25.2	Direttori SPSAL		X												
Attività 8.25.3	Coordinamento Regionale del Programma		X												
Attività 8.25.4	Direttori Generali ASL		X												
Attività 8.25.5	Gruppo di coordinamento regionale dell'attività di presa in carico e sorveglianza sanitaria ex esposti amianto			X											
Attività 8.25.6	Gruppo di coordinamento regionale dell'attività di presa in carico e sorveglianza sanitaria ex esposti amianto				X	X									
Attività 8.25.7	Coordinatore del PRP			X											
Attività 8.25.8	Direttori SPSAL					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.25.9	Gruppo di coordinamento regionale dell'attività di presa in carico e sorveglianza sanitaria ex esposti amianto							X				X			

AZIONE 8.26: Promuovere e supportare l'informazione e la formazione degli attori della prevenzione nelle aziende pubbliche e private con esposizione ad agenti cancerogeni, in collaborazione con le parti sociali, anche ai fini del miglioramento della qualità della valutazione dei rischi.

DESCRIZIONE

I rischi da esposizione a cancerogeni occupazionali sono di fatto tra i meno considerati nella valutazione dei rischi, anche in comparti e lavorazioni per i quali le conoscenze sono sufficienti a giustificare l'attenzione. Si tratta in particolare dei lavori di demolizione e di manutenzione edile e di quelli di edilizia stradale, dell'intero settore dell'agricoltura, silvicoltura e zootecnia (ai quali sono rivolte azioni specifiche), ma anche di molti altri comparti nei quali questo rischio è presente: dalla chimica di base, alla metallurgia e metalmeccanica, alla lavorazione di legno, cuoio e pellami, alla produzione di articoli in gomma e plastica, ai trasporti stradali e marittimi, alla sanità.

La sottovalutazione del rischio è testimoniata anche dalla quota trascurabile di lavoratori e lavoratrici sottoposti ad accertamenti sanitari per esposizione a cancerogeni rispetto al totale (come emerge dall'analisi dei dati inseriti dai medici competenti nella piattaforma INAIL in riferimento all'allegato 3B art. 40 D.Lgs. 81/08). A questo si associa una rilevante sottonotifica dei casi di tumore di origine professionale, a fronte del fatto che gli studi epidemiologici condotti a livello nazionale portano a stimare prudenzialmente che la maggioranza dei mesoteliomi, molti carcinomi nasosinusal, polmonari, vescicali, un buon numero di leucemie e linfomi, melanomi e carcinomi cutanei siano da attribuire al lavoro.

il sistema di sorveglianza MalProf (attivato di recente nella regione, e che sarà esteso e portato a regime nei prossimi anni), il programma OCCAM, i registri dei mesoteliomi - ReNaM - attivo da oltre dieci anni nella regione, e dei tumori nasosinusal (ReNaTuNS, la cui attivazione è inclusa nel programma 1, insieme a quella del registro dei tumori a bassa frazione eziologica occupazionale), contribuiranno nel tempo ad un miglioramento delle conoscenze sull'incidenza dei tumori professionali nella regione e sul contributo alla loro genesi dei singoli comparti e lavorazioni.

Nell'programma 1 sono anche inserite azioni finalizzate a garantire la trasmissione informatizzata dei piani di lavoro con amianto e delle relazioni ex art. 9 L. 257/92.

Queste conoscenze, considerato quanto va emergendo sulla possibilità, per alcuni tumori, di una riduzione relativamente rapida del rischio di malattia dopo la cessazione dell'esposizione, potranno consentire interventi di prevenzione efficaci, in particolare rispetto ad esposizioni (come, per esempio, quelle ad idrocarburi policiclici aromatici) in grado di indurre neoplasie polmonari.

Questa azione, per la quale si ricercherà la collaborazione della CONTARP Regionale dell'INAIL, è finalizzata prioritariamente al miglioramento della consapevolezza degli attori della prevenzione delle piccole e medie imprese, attraverso la collaborazione con le parti sociali, e comprende attività di raccolta e diffusione di documentazione informativa e di indirizzo finalizzata alla corretta valutazione dei rischi da esposizione a cancerogeni e all'adozione di soluzioni il più possibile efficaci. Gli interventi partiranno dai comparti con esposizione più nota, quali quelli della lavorazione del legno e del cuoio. Le attività di informazione e sensibilizzazione saranno accompagnate da iniziative formative indirizzate agli attori aziendali della prevenzione.

Lavoratrici e lavoratori esposti ad agenti cancerogeni professionali

Gruppo beneficiario prioritario

Setting

Gruppi di interesse

Trasversalità

Ambienti di lavoro

Operatori SPSAL, CONTARP INAIL Abruzzo,

parti sociali, Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08, attori aziendali della prevenzione

Intersettoriale

Attività principali

8.26.1 Accordo regionale con INAIL (nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. n. 81/08) per la condivisione di dati utili alla conoscenza dei rischi e dei danni da esposizione a cancerogeni nelle aziende della regione

8.26.2 Raccolta di materiali informativi, documenti tecnici o linee di indirizzo in materia di valutazione dei rischi da esposizione a cancerogeni e misure efficaci per la riduzione dell'esposizione

8.26.3 Condivisione dei materiali con le parti sociali nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ed organizzazione di programmi di intervento mirati alla sensibilizzazione sul tema

8.26.4 Iniziative territoriali di confronto con le imprese dei comparti destinatari degli interventi prioritari

8.26.5 Progettazione di corsi di formazione per gli attori della prevenzione nelle imprese dei comparti interessati prioritariamente dall'intervento e realizzazione di eventi nel territorio secondo un format regionale

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.26

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.26.1	Coordinatore Comitato Regionale di Coordinamento		X												
Attività 8.26.2	Coordinamento regionale del Programma		X	X											
Attività 8.26.3	Coordinatore Comitato Regionale di Coordinamento			X	X										
Attività 8.26.4	Direttori SPSAL				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.26.5	Coordinamento regionale del Programma							X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE 8.27: Promuovere il miglioramento delle conoscenze e delle competenze degli attori della prevenzione aziendali (datori di lavoro, RLS, RSPP, Medici competenti) e dei consulenti, in materia di valutazione e gestione dei rischi da stress lavoro correlato, con il coinvolgimento delle parti sociali.

DESCRIZIONE

L'obbligo della valutazione del rischio da stress lavoro correlato (SLC) è stato introdotto con il D.Lgs. n. 81/08. a partire dal marzo 2010, sono stati prodotti vari documenti di indirizzo in materia di valutazione e gestione del rischio, a partire dalla guida operativa prodotta nell'ambito del Coordinamento Tecnico Interregionale PISLL, cui ha fatto seguito la circolare del Ministero del Lavoro del 18 novembre 2010 (indicazioni procedurali minime utili alla valutazione del rischio da SLC) e, infine il documento del Coordinamento Tecnico Interregionale PISLL del gennaio 2012, contenente indicazioni utili all'omogeneità dei comportamenti dei Servizi PSAL in fase di vigilanza. Peraltro, i compiti dei SPSAL delle ASL in materia di stress lavoro correlato non si esauriscono nella vigilanza e controllo e nella promozione e assistenza, ma si estendono all'accoglienza di lavoratori e lavoratrici (singoli o in gruppo) che ad essi si rivolgono richiedendo interventi in situazioni riferite a rischio. Nella regione è già stata realizzata attività di formazione degli operatori SPSAL secondo il programma definito a livello nazionale, ma gli interventi nei confronti del rischio da SCL scontano le difficoltà legate alla situazione di crisi socioeconomica ed occupazionale in corso. Per questo motivo, le azioni nella regione saranno soprattutto incentrate sull'informazione, sull'assistenza e sulla promozione del benessere organizzativo, limitando la vigilanza ed il controllo (con attività previste in altra azione) ad un campione limitato di aziende.

Nell'ambito della Campagna Europea 2014-2015 "insieme per la prevenzione e la gestione dello stress lavoro-correlato" sono stati elaborati e resi disponibili strumenti pratici per la valutazione e la gestione del rischio, oltre ad una guida elettronica, che risponde all'esigenza di sensibilizzare i datori di lavoro ed i lavoratori e le lavoratrici delle piccole imprese, assistendoli nell'avvio della valutazione. E' inoltre disponibile materiale divulgativo predisposto dal gruppo nazionale di coordinamento del Piano Nazionale di Prevenzione del Rischio SLC / promozione del benessere organizzativo. La raccolta di questo materiale e la sua condivisione sarà oggetto di accordo stipulato con le parti sociali nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08. In collaborazione con esse se ne organizzerà la diffusione e l'illustrazione, attraverso momenti di confronto con le imprese e le organizzazioni sindacali. I materiali saranno pubblicati nel sito web della Regione e in quelli delle ASL. Previa ricognizione dei bisogni formativi saranno progettati e organizzati eventuali programmi di formazione rivolti a RLS/RLST, RSPP e altri soggetti coinvolti nel processo di valutazione dei rischi in azienda.

Gruppo beneficiario

Lavoratori e lavoratrici attivi nella regione

Setting

Ambienti di Lavoro

Gruppi di interesse

Operatori SPSAL, organizzazioni sindacali, imprese, attori della prevenzione aziendali, consulenti per la salute e la sicurezza, Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. n. 81/08

Trasversalità

Intersettoriale

Attività principali

8.27.1 raccolta ed esame dei materiali divulgativi, tecnici e di indirizzo prodotti a livello nazionale e disponibili nell'ambito della Campagna Europea 2014 - 2015

8.27.2 condivisione dei materiali con le parti sociali nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento

8.27.3 pubblicazione dei materiali sul sito web della Regione

8.27.4 pubblicazione dei materiali sui siti web delle ASL

8.27.5 organizzazione di incontri nel territorio con imprese e organizzazioni sindacali per la presentazione dei materiali e il confronto sul tema della valutazione e gestione del rischio da SLC

8.27.6 indagine sui bisogni formativi con il coinvolgimento delle parti sociali ed eventuale organizzazione di eventi formativi

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.27

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.27.1	Coordinamento regionale del Programma	X	X												
Attività 8.27.2	Coordinatore Comitato regionale di Coordinamento			X	X										
Attività 8.27.3	Coordinatore PRP				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.27.4	Direttori Generali ASL					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.27.5	Direttori SPSAL						X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.27.6	Coordinamento regionale del Programma										X	X	X	X	X

AZIONE 8.28: Effettuare interventi di audit sulle modalità di attuazione dell'obbligo di valutazione del rischio da stress lavoro correlato secondo le procedure individuate a livello nazionale.

DESCRIZIONE	L'azione si propone di verificare le modalità di attuazione dell'obbligo di valutazione dello SLC in un campione di aziende, con procedure omogenee che si avvarranno di strumenti standardizzati predisposti dal gruppo nazionale di coordinamento del Piano Nazionale di Prevenzione del Rischio SLC / promozione del benessere organizzativo. Gli interventi si svolgeranno secondo le indicazioni del Coordinamento Tecnico Interregionale PISLL del gennaio 2012. I controlli coinvolgeranno un campione di aziende selezionato sulla base di criteri condivisi nel Comitato Regionale di Coordinamento, pari ogni anno allo 0,3% del totale delle aziende sottoposte a vigilanza e controllo nella regione (pari a 8 aziende / anno), a partire dal 2017.
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratrici e lavoratori attivi
Setting	ambienti di lavoro
Gruppi di interesse Trasversalità	operatori SPSAL; parti sociali, Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08, imprese attive nel territorio regionale Intersettoriale
Attività principali	8.28.1 Acquisizione dello strumento standardizzato di valutazione elaborato dal Coordinamento Nazionale del Piano Nazionale di Prevenzione del Rischio SLC / promozione del benessere organizzativo 8.28.2 Condivisione dei contenuti del documento e delle modalità di applicazione in fase di controllo con gli operatori SPSAL della regione 8.28.3 Condivisione nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento delle procedure di controllo e dei criteri di selezione del campione di aziende da controllare 8.28.4 Selezione delle aziende su base territoriale 8.28.5 Interventi di verifica nelle aziende 8.28.6 Report annuale sui risultati delle verifiche territoriali e aggregazione dei dati su base regionale
Rischi e management dei rischi	Il rispetto del cronoprogramma è subordinato alla disponibilità dello strumento standardizzato

CRONOPROGRAMMA AZIONE 8.28

ATTIVITA' PRINCIPALI	RESPONSABILE	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività 8.28.1	Coordinamento regionale del Programma			X											
Attività 8.28.2	Coordinamento regionale del Programma				X										
Attività 8.28.3	Coordinatore Comitato Regionale di Coordinamento					X									
Attività 8.28.4	Direttori SPSAL						X					X			X
Attività 8.28.5	Direttori SPSAL							X	X	X	X	X	X	X	X
Attività 8.28.6	Coordinamento regionale del Programma											X			X



Programma 9. Casa sicura

Il programma comprende i seguenti obiettivi centrali:

6.1. Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero.

6.3. Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale a rischio, nei genitori e nei care giver.

Obiettivo centrale 6.1. Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero.

Descrizione

Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2013 aveva già affrontato il tema degli incidenti domestici ponendo l'obiettivo di migliorare la consapevolezza del rischio negli anziani e nei genitori dei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni.

Per quanto riguarda gli anziani, le azioni individuate erano rivolte alla prevenzione delle cadute (e delle recidive), assumendo come indicatore il numero di ricoveri per fratture di femore. Le attività previste comprendevano la valutazione multidimensionale in fase di dimissione, con lo scopo di individuare fattori di rischio connessi allo stato di salute e al trattamento farmacologico in atto al momento dell'incidente, e il coinvolgimento di volontari anziani finalizzato all'accesso presso le abitazioni al fine di individuare eventuali pericoli e fornire indicazioni per la riduzione del rischio di incidente domestico.

Per quanto riguarda invece i bambini, si prevedeva la sistematica informazione (attraverso materiale ad hoc) dei genitori sui rischi e sugli interventi di prevenzione, in occasione degli appuntamenti del calendario vaccinale.

Il programma prevedeva la formazione (propedeutica all'avvio delle altre azioni previste) degli operatori delle AUSL operanti nei Dipartimenti di Prevenzione (Servizi di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, compresi i centri vaccinali) e dei Distretti Sanitari, completata solo nell'anno 2013, a causa di difficoltà di adesione di una delle quattro AUSL.

La procedura per l'attivazione delle UVM alla dimissione di pazienti anziani ricoverati per frattura di femore conseguente a caduta da incidente domestico, elaborate da un gruppo di lavoro composto dai coordinatori delle UVM delle quattro AUSL, sono state recepite ma la loro applicazione ha trovato ostacoli nella mancanza di adesione delle Unità Operative di Ortopedia, alle quali era affidata l'attivazione degli interventi.

Sono stati inoltre avviati, ma non portati a compimento, contatti con le organizzazioni degli anziani inquadrati nel sistema del volontariato regionale, con lo scopo di stipulare protocolli di intesa per il coinvolgimento nelle azioni di peer education in materia di sicurezza delle abitazioni.

È stato infine realizzato il materiale informativo previsto per l'intervento di informazione e assistenza ai neo-genitori in occasione degli appuntamenti del calendario vaccinale.

In considerazione della difficoltà di attivazione degli interventi delle UVM, e cogliendo le occasioni di promozione della sicurezza delle abitazioni fornite dalla richiesta di sopralluoghi finalizzati alla verifica di salubrità, nella provincia di Pescara sono stati avviati interventi di verifica delle condizioni di sicurezza di abitazioni prevalentemente di tipo economico-popolare occupate da cittadini in condizioni di svantaggio.

Anche per il monitoraggio dei ricoveri conseguenti ad incidente domestico si rileva la criticità rappresentata dalla scarsa qualità di compilazione delle SDO, ed in particolare l'affidabilità della classificazione dei traumi, che si è deciso di affrontare con un'azione specifica inserita nel programma 1.

Il numero di ricoveri per incidente domestico negli anni 2012 e 2013 è di poco inferiore ai 4.000 / anno (3907 nel 2012 e 3739 nel 2013), con una lieve tendenza alla riduzione (-4,3% nel 2013 rispetto all'anno precedente). Dei circa 40.000 accessi annui in Pronto Soccorso avvenuti nel 2005 (dati SINIACA), il 44% era stato determinato da cadute o inciampamenti (il 53% se si considerano soltanto le donne); il 12,2% degli accessi (il 13,8% degli accessi di donne) era stato seguito da ricovero. Negli anni 2012 – 2013, i primi 3 DRG per frequenza relativi ai ricoveri attribuiti ad incidente domestico sono riferiti ad intervento chirurgico su anca e femore e a sostituzione di articolazione maggiore.

Per quanto riguarda i bambini fino a 6 anni, nel 2013 si sono avuti nella regione 31 ricoveri attribuiti avvelenamento ed effetti tossici dei farmaci (DRG 451); in 14 casi il ricovero era riconducibile a "avvelenamento da farmaco o medicamento non specificato". È verosimile che si tratti soltanto di una quota marginale degli incidenti domestici da avvelenamento o intossicazione in età pediatrica, e che resti comunque non conosciuto il numero complessivo di eventi affrontati con il supporto di operatori sanitari (dai PLS agli operatori dei Pronto Soccorso generali o pediatrici) che non giungono al ricovero.

Dal sistema di sorveglianza PASSI, nel 2013 la percezione del rischio (prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano che il rischio di infortunio nel proprio ambiente domestico, per sé o per i propri familiari, è alto o molto alto) nella regione è inferiore a quella nazionale (2,19% vs. 5,7%); nello stesso anno, solo il 3,42% delle persone della stessa fascia di età ha dichiarato di aver ricevuto (nei 12 mesi precedenti l'intervista) informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici – informazioni su come evitare le cadute in casa, rispetto al 13% nazionale. La stessa informazione, rilevata dal sistema PASSI D'ARGENTO (riferita quindi agli ultra64enni) per gli anni 2012 – 2013, indica una prevalenza di poco superiore rispetto al dato nazionale (18,63% vs. 17%). In ogni caso, i dati ricavati dalle sorveglianze PASSI e PASSI D'ARGENTO indicano ampi margini di possibile miglioramento da perseguire con il coinvolgimento degli operatori sanitari.

Alla luce di quanto esposto, il programma prevede azioni in continuità con il PRP precedente per quanto riguarda la valutazione multidisciplinare, multidimensionale di soggetti anziani vittime di cadute traumatiche trattati in ambiente ortopedico all'atto della dimissione, il coinvolgimento dei pari per la diffusione della consapevolezza dei rischi di incidente domestico, la sistematica informazione (attraverso materiale ad hoc) dei genitori sui rischi e sugli interventi di prevenzione (per la quale si prevede di coinvolgere, oltre gli operatori dei centri vaccinali e dei distretti, anche i pediatri di libera scelta). A queste azioni si affiancheranno: l'estensione a tutto il territorio regionale della valutazione dei rischi di incidente domestico nelle abitazioni per le quali è stato richiesto il certificato di idoneità igienico-sanitaria.

Nel programma 5 sono previste azioni finalizzate al miglioramento della conoscenza del fenomeno e delle misure di prevenzione, rivolte agli operatori sanitari (a partire dai medici di medicina generale - per gli aspetti relativi agli incidenti domestici degli anziani, con priorità per le cadute – e dai pediatri di libera scelta – per gli aspetti relativi agli incidenti domestici dei bambini, con priorità per gli avvelenamenti e le intossicazioni).

Nel Programma 1 sono previste azioni specifiche:

- per il miglioramento della qualità delle SDO, con particolare riguardo alla classificazione dei traumi e delle intossicazioni,
- per la strutturazione di flussi informativi finalizzati al monitoraggio degli incidenti domestici (compresi avvelenamenti e intossicazioni),
- per il miglioramento della classificazione degli eventi giunti all'attenzione dei DEA
- per l'adesione della Regione ai moduli opzionali PASSI e PASSI d'Argento relativi all'informazione sugli incidenti domestici e le cadute in casa fornite da operatori sanitari (indicatori centrali 6.3.1 e 6.3.2).

Infine, le azioni finalizzate ad aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni sono inserite nel programma n. 3.

Contrasto alle disuguaglianze

Rispetto al rischio di incidente domestico correlato alla sicurezza delle abitazioni (delle strutture, degli arredi e degli impianti, dell'uso e della custodia dei prodotti e dei farmaci), i dati tratti dall'indagine multiscopo ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" 2009 – 2012 indicano la presenza di problemi di sicurezza riferiti dal 6,1% degli uomini e dal 6% delle donne, con una frazione attribuibile alle disuguaglianze pari rispettivamente al 79% per gli uomini e al 60,9% per le donne. L'impatto dell'eliminazione delle disuguaglianze di esposizione sulla popolazione generale porterebbe ad una riduzione della prevalenza del 4,2%. In questa direzione si colloca l'azione che prevede valutazione, da parte di operatori dei Servizi IESP, dei rischi di incidente domestico nelle abitazioni per le quali è stata richiesta la certificazione di idoneità igienico-sanitaria.

Trasversalità: Intersettoriale.

Attori: Dipartimenti di Prevenzione, UOC di ortopedia e traumatologia, UVM, Distretti Sanitari, MMG, PLS, Università

Stakeholders: associazioni, anche di volontariato, e Onlus (ADA, AUSER, ANTEAS, organizzazioni sindacali dei pensionati)

Setting identificato: collettività

	OBIETTIVI GENERALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
<p>Azione.1: Attualizzare ed implementare la procedura regionale di valutazione multidimensionale degli anziani ricoverati per frattura di femore da incidente domestico</p> <p>Azione 2: Valutare i rischi per la sicurezza domestica in occasione dei sopralluoghi finalizzati al rilascio di certificazioni di idoneità igienico-sanitaria, migliorando le conoscenze degli occupanti sulle misure di prevenzione specifiche</p>	6.1 ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	Anziani con frattura di femore da incidente domestico valutati all'atto della dimissione (INDICATORE SENTINELLA)	n.r.	5%
		Interventi di valutazione dei rischi per la sicurezza nelle abitazioni con richiesta di idoneità igienico-sanitaria abitate da soggetti in fasce di età a rischio	n.r.	50% abitazioni valutate
		6.1.1 Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere	3739 ricoveri, (-4,3% rispetto all'anno precedente)	Mantenere il trend in discesa

Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma 9

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
AZIONE 1	Attualizzare ed implementare la procedura regionale di valutazione multidimensionale degli anziani ricoverati per frattura di femore da incidente domestico	Anziani con frattura di femore da incidente domestico valutati all'atto della dimissione	UVM delle ASL (Report annuale)	n. anziani con frattura di femore da incidente domestico dimessi e sottoposti a valutazione / totale anziani con frattura di femore da incidente domestico dimessi / anno	n.r.		10%	20%	30%
AZIONE 2	Valutare i rischi per la sicurezza domestica in occasione dei sopralluoghi finalizzati al	Interventi di valutazione dei rischi per la sicurezza nelle abitazioni	Servizi IESP (report annuale)	n. abitazioni valutate per rischi per la sicurezza /	n.r.			25%	50%

	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	FONTE VERIFICA	FORMULA CALCOLO	VALORE DI PARTENZA (2013)	VALORI ATTESI			
						2015	2016	2017	2018
	rilascio di certificazioni di idoneità igienico-sanitaria, migliorando le conoscenze degli occupanti sulle misure di prevenzione specifiche	con richiesta di idoneità igienico-sanitaria abitate da soggetti in fasce di età a rischio		n. abitazioni oggetto di richiesta di idoneità igienico – sanitaria abitate da soggetti in fasce di età a rischio / anno					

AZIONE 1: Attualizzare ed implementare la procedura regionale di valutazione multidimensionale degli anziani ricoverati per frattura di femore da incidente domestico.

DESCRIZIONE	Con il PRP 2010 – 2013 è stata elaborata una procedura di valutazione multidimensionale alla dimissione di pazienti anziani ricoverati per frattura di femore conseguente a caduta da incidente domestico, affidata alle UVM (che ne avevano curato l'elaborazione). L'applicazione della procedura ha trovato ostacoli nella scarsa adesione da parte delle UOC di Ortopedia, cui era affidato il compito di attivare l'intervento. Ove applicata, ha evidenziato problematiche riferite ai flussi informativi tra UVM / Distretti e Dipartimenti di Prevenzione. Pertanto si prevede una revisione ed una attualizzazione della procedura, anche con riferimento alle modifiche nell'organizzazione dei servizi territoriali delle ASL nel frattempo intervenute. Nella revisione saranno coinvolte le UOC di Ortopedia e Traumatologia. Ai fini dell'implementazione delle azioni del programma sarà preliminarmente formalizzata la costituzione di un gruppo centrale (formato da un referente per ciascuna ASL)
GRUPPO BENEFICIARIO PRIORITARIO	Anziani con frattura di femore da incidente domestico
SETTING IDENTIFICATO PER L'AZIONE	Ambiente sanitario
GRUPPI DI INTERESSE	Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, delle UOC di ortopedia e traumatologia, dei DEA, dei Distretti Sanitari; Unità di Valutazione Multidimensionale
PROVE DI EFFICACIA	Rif.: linea guida "Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani" (Ministero della Salute- ISS: PNLG, n°13)
ATTIVITA' PRINCIPALI	Consultazione delle UVM, dei servizi IESP, delle UOC di Ortopedia e Traumatologia e recepimento di contributi finalizzati ad una maggiore efficacia della procedura Formalizzazione della procedura, sotto forma di linea di indirizzo regionale per le ASL Recepimento formale della procedura da parte delle ASL

AZIONE 2: Valutare i rischi per la sicurezza domestica nelle abitazioni in occasione dei sopralluoghi finalizzati al rilascio di certificazioni di idoneità igienico-sanitaria, migliorando le conoscenze degli occupanti sulle misure di prevenzione specifiche.

DESCRIZIONE	Sulla base delle esperienze avviate in una delle ASL che ha visto l'affiancamento della valutazione dei rischi di incidente domestico a quella finalizzata alla certificazione di idoneità igienico-sanitaria delle abitazioni su richiesta si prevede di estendere questo tipo di attività all'intero territorio regionale. A questo scopo, si valuterà preliminarmente l'eventuale necessità di aggiornamento degli operatori a suo tempo formati e si organizzerà l'eventuale formazione di nuovi operatori nel frattempo inseriti nei servizi IESP. Saranno condivisa procedura di intervento e gli strumenti di registrazione dei dati rilevati. Gli interventi di valutazione saranno utilizzati ai fini del miglioramento delle conoscenze degli occupanti in materia di rischi di incidenti domestici a partire dalle criticità osservate.
GRUPPO BENEFICIARIO PRIORITARIO	Occupanti di abitazioni che richiedono la valutazione di idoneità igienico-sanitaria
SETTING IDENTIFICATO PER L'AZIONE	Comunità
GRUPPI DI INTERESSE	Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione (Servizi IESP, Amministrazioni comunali, comunità di immigrati, gruppi di popolazione svantaggiati dal punto di vista socio economico)
TRASVERSALITA' PER L'AZIONE	Intersettoriale
ATTIVITA' PRINCIPALI	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione del bisogno formativo di operatori già formati o di nuovi operatori dei Servizi IESP in materia di incidente domestico - condivisione dei criteri di intervento (con priorità sulle fasce di età a rischio) e degli strumenti di supporto alla valutazione dei rischi per la sicurezza nelle abitazioni oggetto di richiesta di certificazione idoneità igienico-sanitaria - Avvio degli interventi nelle abitazioni - Elaborazione e diffusione, con pubblicazione sui siti web delle ASL, di report annuale regionale sui risultati dell'attività

OBIETTIVO CENTRALE 6.3. Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale a rischio, nei genitori e nei care giver.

Razionale e descrizione del progetto

La sorveglianza è la rilevazione sistematica e continua, la raccolta e l'analisi dei dati per finalità di sanità pubblica e la tempestiva comunicazione delle informazioni per la valutazione e per la risposta sanitaria quando necessario. In base alle varie esigenze di conoscenza in settori specifici, in Italia, sono state avviate diverse iniziative per raccogliere dati con strumenti diversi ma che possono essere riconosciuti come registri o come sistemi di sorveglianza.

I registri e le sorveglianze sono fonti che producono dati utili ad elaborare la conoscenza che serve alla governance della prevenzione.

Per iniziativa del Centro per la prevenzione e Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, sono stati implementati programmi di sorveglianza progettati in modo specifico per supportare le politiche di promozione della salute. Sono stati così creati tre programmi progettati tenendo conto dell'articolazione del sistema sanitario (ASL, Regioni, Istituzioni centrali):

– il sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali della popolazione adulta, denominato “Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI)”;

– la sorveglianza sull'obesità infantile, denominata OKkio alla SALUTE, che impiega anche misure fisiche, condotta per mezzo di indagini ripetute ogni 2- anni dalle ASL, tra i bambini di 8-9 anni che frequentano la 3ª elementare;

– il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, con rilevazione biennale dello stato di salute e la qualità della vita della popolazione ultra 64enne, che permette di avere un quadro completo dei bisogni e la copertura delle attività di prevenzione e assistenziali per la popolazione anziana.

Si tratta di un apparato notevole, potenzialmente in grado di soddisfare i bisogni informativi dei pianificatori a livello centrale, regionale e di stabilità dell'informazione, anche se è ancora carente, nel nostro Paese, la consapevolezza dell'importanza di disporre di un tale impianto e si avverte la mancanza di una governance capace di favorire le sinergie.

Okkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) e i fattori di rischio correlati. Obiettivo principale è descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie.

È nato nel 2007 nell'ambito del progetto “Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni”, promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM, ed è coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

OKkio alla SALUTE è collegato al programma europeo “Guadagnare salute” e ai Piani di Prevenzione nazionali e regionali e fa parte dell'iniziativa della Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità “Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)”.

La sorveglianza Passi, avviata nel 2006 con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta italiana, si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta, 18-69 anni, sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

I temi indagati sono il fumo, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol, la dieta povera di frutta e verdura, ma anche il controllo del rischio cardiovascolare, l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure sicurezza per prevenzione degli incidenti stradali, o in ambienti di vita di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.

Passi d'Argento è un sistema di sorveglianza della popolazione con più di 64 anni del nostro Paese. Questo tipo di sorveglianza costituisce un approccio abbastanza moderno cominciato in Italia nel 2007 con Passi, una sorveglianza per la popolazione da 18 a 69 anni. Si tratta di prendere in considerazione alcuni aspetti di salute e di malattia e di seguirli, producendo in tempo utile un'informazione per gli amministratori,

per chi opera nel sistema sanitario, per gli ultra64enni stessi e per le loro famiglie, in maniera tale da offrire a tutti un'opportunità per fare meglio proteggendo e promuovendo la salute, prevenendo le malattie e migliorando l'assistenza per questo gruppo di popolazione. Al momento attuale vi partecipano 18 Regioni e la P.A. Trento, che con i loro operatori appositamente formati, raccolgono l'informazione, attraverso un questionario, direttamente dalle persone selezionate con un campionamento casuale semplice stratificato o a cluster dalla liste anagrafe degli assistiti della Asl.

La sorveglianza della popolazione ultra64enne trova la sua ragione di esistere nel fatto che dalla lettura delle condizioni (problematiche o no) si traggono delle indicazioni operative per promuovere la salute o prendersi carico delle patologie di questo gruppo di popolazione. A tale scopo dopo la realizzazione, in tutto il Paese, di una raccolta di dati fra aprile 2012 e marzo 2013, una ulteriore rilevazione si realizzerà nell'anno 2016 per informare operatori e popolazione sui progressi nelle aree di salute studiate. Progressivamente si farà in modo che si abbia una fotografia della condizione degli ultra64enni non solo per le Regioni ma anche per tutte le Aziende sanitarie locali.

Nel nuovo Piano della Prevenzione 2014-2018 molti degli obiettivi centrali sono stati individuati grazie agli indicatori delle Sorveglianze (Okkio alla Salute, HBSC, Passi, Passi D'Argento). Il raggiungimento di tali obiettivi è dunque indirettamente influenzato dai metodi con cui vengono svolte tali sorveglianze che devono risultare omogenei in tutte le Asl che le applicano nel rispetto dei protocolli previsti. I dati delle sorveglianze sono adottati anche ai fini della valutazione dei risultati attesi.

Evidenze

WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)

Costa G, Salmaso S, Cislighi C (Ed.). Misurare in sanità pubblica: registri e sorveglianza. Aspetti generali. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/23 Pt. 1).

Definizione sorveglianza in sanità pubblica CDC "sistematica raccolta, archiviazione, analisi e interpretazione di dati, seguita da una diffusione delle informazioni a tutte le persone che le hanno fornite e a coloro che devono decidere di intraprendere eventuali interventi". EWRS

<https://ewrs.ecdc.europa.eu/>

EPIS http://ecdc.europa.eu/en/activities/epidemicintelligence/pages/epidemicintelligence_tools.aspx

ECDC Epidemic Intelligence tutorial http://external.ecdc.europa.eu/EI_Tutorial/course.htm

Johnson-Taylor WL, Everhart JE. Modifiable environmental and behavioral determinants of overweight among children and adolescents: report of a workshop. *Obesity* 2006;14(6):929-66.

Livingstone MBE, Robson PJ, Wallace JM, et al. How active are we? Levels of routine physical activity in children and adults. *Proc Nut Soc* 2003;62(3):681-701.

Sostenibilità

Le Sorveglianze Okkio alla salute, Passi sono attive nella Regione Abruzzo da anni.

Passi D'Argento è stato attuato in tutte le AUSL della Regione Abruzzo nell'anno 2012.

Il sistema di sorveglianza Okkio alla Salute ha visto rilevazione in Abruzzo nell'anno 2008, 2010, 2012 e 2014 con campionamento Regionale .

L'Organizzazione con l'individuazione di un Referente e un Coordinatore Regionale, di Coordinatori aziendali e di rilevatori con formazione Nazionale e Regionale specifica e messa a disposizione di strumenti per la rilevazione ha permesso la sostenibilità nel tempo della sorveglianza Okkio alla Salute.

Il sistema di sorveglianza Passi essendo una rilevazione continua richiede un'individuazione specifica degli intervistatori che adeguatamente formati possano garantire nel tempo il raggiungimento del numero di interviste programmate.

Ai fini della sostenibilità e risolvere le criticità evidenziate nella AUSL di Lanciano Vasto Chieti , in particolare la mancata esecuzione del numero minimo di interviste nell'anno 2012 e nell'anno 2014, la Regione Abruzzo ha previsto specifico atto Regionale con identificazione formale del Referente Regionale e Coordinatore Regionale e a livello di AUSL oltre al Coordinatore Aziendale l'individuazione di un numero minimo di intervistatori specificatamente designati dalla Direzione Strategica della AUSL .

Tale scelta impegna i Direttori Generali al raggiungimento dell'obiettivo del numero minimo annuale di 275 interviste per AUSL .

Passi D'Argento è un sistema di sorveglianza con rilevazione a cadenza ogni due anni e più.

Tale periodicità permette per la concentrazione in brevi periodi delle attività di destinare risorse specifiche

Per Passi D'Argento ogni AUSL ha già individuato e formato Coordinatore Regionale e coordinatori Aziendali e intervistatori.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

Report regionali sorveglianze: Okkio alla Salute, Passi, Passi D'Argento.

Contrasto alle disuguaglianze

Il progetto è orientato alla prevenzione e al contrasto alle disuguaglianze tramite il rilevamento di comportamenti individuali e stili di vita e successive elaborazioni e comparazioni con gli indicatori socioeconomici e in particolare reddito, lavoro e istruzione al fine di predisporre ed attuare interventi preventivi specifici per le fasce di popolazione più svantaggiate.

Obiettivo specifico del progetto è quello di misurare gli obiettivi del PRP 2014-18 tramite gli indicatori delle sorveglianze.

Azioni

Le azioni del progetto riguardano il monitoraggio e la raccolta dei delle seguenti sorveglianze:

1. Sorveglianza Okkio alla Salute
2. Sorveglianza PASSI
3. Sorveglianza Passi D'Argento

TARGET	Popolazione infantile 8-9 anni, Popolazione adulta 18-69 anni, Popolazione anziana ultra 64enni.			
SETTING	Scuola ■	Comunità ■	Ambienti sanitari □	Ambienti di lavoro □
INTERSETTORIALITÀ	MMG, PLS, Servizi ASL, Istituti scolastici, Comuni, Ordini dei Medici.			

Indicatori di esito	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
<i>Fonte: Sorveglianze</i>					
6.3.1. Adesione delle ASL regionali a tutte le Sorveglianze compreso i moduli aggiuntivi e a che hanno indicatori per la valutazione del PRP (Okkio alla Salute, Passi, Passi d'Argento)	Okkio alla Salute 100% (2014) Passi 0% (2014) Passi D'Argento 100% (2012)	50%	100%	100%	100%

Indicatori di processo (Sentinella)		Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
<i>Fonte: Regione</i>						
Macrobiettivo	INDICATORE DI PROCESSO					
SORVEGLIANZA OKKIO ALLA SALUTE	Individuazione/co nferma operatori per Asl (rilevazione e inserimento dati) <u>Okkio alla Salute</u>		100% Atti aziendali di individuazione degli operatori per il 2016	100% operatori individuati per il 2016	100% Atti aziendali di individuazione e degli operatori per il 2018	100% operatori individuati per il 2018
Macrobiettivo	INDICATORE SENTINELLA			100% Rilevamenti attesi		100% Rilevamenti attesi

SORVEGLIANZA OKKIO ALLA SALUTE	Numero di rilevamenti realizzati/numero rilevamenti attesi complessivamente e nel sistema di sorveglianza <u>Okkio alla Salute</u> attivo, con la modalità di partecipazione prevista (sentinella)			con partecipazione di tutte le Asl al campionato regionale e almeno una con campionato aziendale nella sorveglianza a Okkio alla SALUTE		con partecipazione di tutte le Asl al campionato regionale e almeno una con campionato aziendale nella sorveglianza a Okkio alla SALUTE
Macroobiettivo	INDICATORE DI PROCESSO				Convegno con partecipazioni e dei portatori di interesse e distribuzione materiale	
SORVEGLIANZA OKKIO ALLA SALUTE	Comunicazione dei risultati agli stakeholders					
Macroobiettivo	INDICATORE DI PROCESSO		100% Atti aziendali di individuazione degli operatori per il 2015	100% Atti aziendali di individuazione degli operatori per il 2016	100% Atti aziendali di individuazione degli operatori per il 2017	100% Atti aziendali di individuazione degli operatori per il 2018
SORVEGLIANZA PASSI	Individuazione/confirmazione operatori per Asl (rilevazione e inserimento dati) <u>Passi</u>		100% operatori individuati per il 2015	100% operatori individuati per il 2016	100% operatori individuati per il 2017	100% operatori individuati per il 2018
Macroobiettivo	INDICATORE SENTINELLA		100% Interviste attese con partecipazione di tutte le Asl con il campionato aziendale minimo previsto nella sorveglianza a PASSI	100% Interviste attese con partecipazione di tutte le Asl con il campionato aziendale minimo previsto nella sorveglianza a PASSI	100% interviste attese con partecipazione e di tutte le Asl con il campionato aziendale minimo previsto nella sorveglianza PASSI	100% interviste attese con partecipazione di tutte le Asl con il campionato aziendale minimo previsto nella sorveglianza a PASSI
SORVEGLIANZA PASSI	Numero di interviste realizzate/numero interviste attese complessivamente e nel sistema di sorveglianza <u>Passi</u> attivo, con la modalità di partecipazione prevista incluso i moduli aggiuntivi (sentinella)					
Macroobiettivo	INDICATORE DI PROCESSO			Convegno con partecipazione dei portatori di interesse e distribuzione e materiale		Convegno con partecipazione dei portatori di interesse e distribuzione e materiale
SORVEGLIANZA PASSI	Comunicazione dei risultati agli stakeholders					

Macroobiettivo	INDICATORE DI PROCESSO					
SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO	Individuazione/conferma operatori per Asl (rilevazione e inserimento dati) Passi D'Argento		100% Atti aziendali di individuazione degli operatori per il 2016	100% operatori individuati per il 2016	100% Atti aziendali di individuazione e degli operatori per il 2018	100% operatori individuati per il 2018
Macroobiettivo	INDICATORE SENTINELLA					
SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO	Numero di interviste realizzate/numero di interviste attese complessivamente e nel sistema di sorveglianza Passi D'Argento attivo, con la modalità di partecipazione prevista incluso i moduli aggiuntivi (sentinella)			100% interviste attese con partecipazione di tutte le Asl al campionamento aziendale nella sorveglianza a PASSI d'Argento		100% interviste attese con partecipazione di tutte le Asl al campionamento aziendale nella sorveglianza a PASSI d'Argento
Macroobiettivo	INDICATORE DI PROCESSO				Convegno con partecipazione e dei portatori di interesse e distribuzione materiale	
SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO	Comunicazione dei risultati agli stakeholders					

ANALISI DEI RISCHI (indicare gli elementi interni o esterni che possono ostacolare il raggiungimento degli obiettivi)	RISCHI				AZIONI CORRETTIVE			
	1. Non individuazione di personale ad-hoc (rilevatori e intervistatori)				Predisposizione di atti formali regionali			
	2. Non rispetto dei protocolli (es. numero e qualità delle interviste)				Formazione operatori			

CRONOPROGRAMMI

1. Sorveglianza Okkio alla Salute

Attività	2015				2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Individuazione/conferma Referente Regionale di Okkio alla Salute					X	X						X	X			
Individuazione/conferma Coordinatore Regionale di Okkio alla Salute					X	X						X	X			
Individuazione/conferma Referente Aziendale di Okkio alla Salute					X	x						X	x			
Costituzione di un gruppo regionale di coordinamento					x	X						x	X			
Individuazione/conferma operatori per Asl					x	x						x	x			

(rilevazione e inserimento dati)																	
Attuazione protocollo nazionale okkio alla salute in tutte le Asl ed esecuzione delle attività					x	x								x	x		
Comunicazione dei risultati agli stakeholders									x	x							X
Verifica dei risultati-indicatori del PRP 2014-18 intermedi e finale									x	x							X

2. Passi

Attività	2015				2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Individuazione/conferma Referente Regionale di Passi					X	x										
Individuazione/conferma Coordinatore Regionale di Passi					x	X										
Individuazione/conferma Referente Aziendale di Passi					x	X										
Costituzione di un gruppo regionale di coordinamento					x	X										
Individuazione/conferma operatori per Asl (interviste e inserimento dati)					x	X										
Attuazione protocollo nazionale Passi incluso i moduli aggiuntivi in tutte le Asl ed esecuzione delle attività	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Comunicazione dei risultati agli stakeholders			x	X			x	x			x	x			x	x
Verifica dei risultati-indicatori del PRP 2014-18 intermedi e finale						x	x			x	x			x	x	

3. Passi D'Argento

Attività	2015				2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Individuazione/conferma Referente Regionale di Passi D'Argento					X	X						X	X			
Individuazione/conferma Coordinatore Regionale di Passi D'Argento					X	X						X	X			
Individuazione/conferma Referente Aziendale di Passi D'Argento					X	x						X	x			
Costituzione di un gruppo regionale di coordinamento					x	X						x	X			
Individuazione/conferma operatori per Asl (interviste e inserimento dati)					x	x						x	x			
Attuazione protocollo nazionale Passi D'Argento in tutte le Asl incluso i moduli aggiuntivi ed esecuzione delle attività					x	x	x						x	x	X	
Comunicazione dei risultati agli stakeholders								x	X							X
Verifica dei risultati-indicatori del PRP 2014-18 intermedi e finale								x	x							X

Programma 10. Ambiente e salute

Questo programma consta dei seguenti obiettivi centrali:

- 7.2. Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle Malattie Professionali (MP)
- 7.8. Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit
- 8.1. Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "salute in tutte le politiche"
- 8.2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali / salute attraverso:
 - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione;
 - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica
- 8.3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali
- 8.4. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti
- 8.5. Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi dell'integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio
- 8.6. Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico
- 8.7. Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi
- 8.8. Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche
- 8.10. Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione / ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon
- 10.1. Adottare piani di controllo / monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura

Descrizione e contesto del Programma

L'esposizione ambientale a sostanze dannose alla salute determina un costo in termini socio-economici di rilevanza tale da costituire un'emergenza a livello mondiale.

Le pubbliche amministrazioni si trovano a dover gestire, a vari livelli, problematiche sempre più complesse inerenti i determinanti ambientali di salute, con crescente allarme dei cittadini su presunti danni di salute e con altrettanta crescente domanda di partecipazione pubblica alla gestione del rischio e alle scelte politiche. Nonostante lo stretto legame esistente tra l'esposizione a molti inquinanti ambientali e danni alla salute, nel territorio della Regione Abruzzo, la gestione di tali problematiche è affidata ad Istituzioni nettamente divise tra loro per competenze (ambientali e sanitarie) con collegamenti tra le Istituzioni, pur presenti, basati per lo più su iniziative locali.

La netta separazione di tutte le competenze in materia ambientale da quelle della sanità è l'esito del Referendum di iniziativa popolare svoltosi nel 1993, recepito con la Legge n. 61/94 alla quale ha fatto seguito l'istituzione dell'Agenzia Nazionale per l'Ambiente ANPA, ora ISPRA (in esito a fusione di APAT, INFS e ICRAM) sottoposta alla vigilanza del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, che ha funzioni regolatorie, d'indirizzo e di coordinamento tecnico e procedurale sul complesso delle Agenzie che tutte le Regioni italiane e le Province Autonome sono state tenute ad istituire. Tali Agenzie regionali, pur nell'autonomia organizzativa e gestionale regionale, operano come "sistema a rete", coordinato dall'ISPRA, e "in rete" con Ministeri, Regioni, Istituti scientifici di riferimento ed Enti omologhi.

Con Legge Regionale n.64 del 29 luglio 1998 la Regione Abruzzo ha costituito l'"Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente (in Abruzzo acronimo ARTA) che ha assorbito tutti i Presidi Multizonali di Igiene e Prevenzione (con i relativi laboratori) ed ha assunto compiti di controllo, monitoraggio ed espressione di

pareri tecnici a sostegno delle attività amministrative della Regione, delle Province, dei Comuni, delle Autorità Giudiziarie nonché del Governo nazionale.

Benchè la *ratio* del nuovo assetto normativo fosse il riordino di strutture esperte dedicate al controllo del territorio e di mettere a disposizione della Pubblica Amministrazione e dei cittadini i dati derivanti dalla propria attività, sia come informazione ambientale sia come supporto alle funzioni istituzionali, il quadro istituzionale attuale presenta limiti e criticità.

Vige infatti uno scollamento tra le attività in campo ambientale e quelle sanitarie che in Abruzzo si presenta anche più marcato che in altre regioni. L'ARTA produce una mole notevole di dati ambientali di interesse sanitario, detiene anche dati sullo stato di qualità dell'aria, sui siti contaminati, sulla qualità chimico-fisica e biologica delle acque (superficiali, sotterranee, marine, di lago), sui pollini aerodispersi, sugli agenti fisici (radiazioni ionizzanti e non, inquinamento acustico) sul ciclo dei rifiuti ed è in prima fila nella caratterizzazione degli inquinanti nel SIN di Bussi sul Tirino-Valpescara e nei SIR di Chieti Scalo e dei fiumi Saline ed Alento. Tutti questi dati devono potersi incrociare con le attività di prevenzione per produrre informazioni utili alla pianificazione di attività, per fornire corretta informazione alla comunità, per misurare i successi che si andranno a conseguire, ma anche per individuare le criticità da affrontare e le lacune da colmare.

Ad oggi la situazione è caratterizzata da scarsa comunicazione ed integrazione di azioni in riferimento alle procedure di valutazione di pratiche di carattere ambientale ed i pareri tecnici resi dall'ARTA e dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL territorialmente competenti sono resi per lo più separatamente ed indipendentemente gli uni dagli altri. Oltre a ciò è degno di nota che in Abruzzo la procedura VIA non prevede il parere sanitario e le procedure autorizzatorie regionali non prevedono la convocazione diretta delle ASL nelle Conferenze di Servizi.

Ciò nonostante vi sono stati nel tempo episodi virtuosi di coordinamento come ad esempio la gestione della recente epidemia da *Salmonella typhimurium* monofasica che ha interessato il cosiddetto "cratere" delle aree terremotate dell'Aquila, Pescara e Teramo. L'istituzione di una "Unità di Crisi" ha consentito il coordinamento e l'integrazione delle azioni della Regione, dei SIAN, dell'ARTA, dell'IZSAM, la partecipazione dell'ISS, e la possibilità d'intervento anche da parte di altri soggetti istituzionali coinvolti.

In definitiva, il coordinamento e l'integrazione nella gestione di problematiche ambientali che possono costituire un impatto sulla salute, fortemente sentiti nelle attività routinarie dagli operatori della prevenzione e dell'ambiente, si sono mostrati vincenti e costituiscono uno strumento irrinunciabile nell'obiettivo di ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.

E' pertanto intenzione della Regione Abruzzo, tenuto conto degli organismi istituzionali che già operano nei settori di ambiente e salute, del loro patrimonio di informazioni e di professionalità, prevedere l'integrazione strategica ed operativa tra le componenti istituzionali della prevenzione sanitaria e dell'ambiente, in modo tale che il risultato divenga patrimonio della Comunità ed i Decisori dovranno tenerne conto nelle scelte attuando il modello della "salute in tutte le politiche".

Il Piano Nazionale della Prevenzione, che la Regione Abruzzo ha già recepito, diventa quindi un'occasione irrinunciabile per il perseguimento di tale proposito. E' infatti obiettivo cardine del Programma mettere a sistema modalità operative che, con la supervisione del Governo regionale espresso mediante i suoi Dipartimenti che si occupano di Salute e ambiente, richiedano non solo una continua integrazione tra l'ARTA, le ASL (con particolare riferimento ai Dipartimenti di Prevenzione) ma un coinvolgimento anche di altre importanti Istituzioni regionali quali l'IZSAM, l'ASR, nonché Associazioni di varie categorie lavorative e cittadinanza stessa.

Le linee progettuali del Programma 10 – "Ambiente e Salute", costituenti uno schema di lavoro utile alla Regione Abruzzo per raggiungere gli obiettivi suddetti e soddisfare anche quelli di governo del territorio nazionale, sono articolate in una serie di azioni rivolte, nel loro complesso, a prevenire e a ridurre le esposizioni non solo in riferimento a tematiche note quali l'inquinamento di aria acqua e suolo, ma anche a nuove tematiche quali la corretta gestione dei prodotti chimici.

Preliminarmente sarà necessario strutturare una rete di referenti in ambito sanitario in grado di fornire rapporti di attività, che, a loro volta costituiranno un punto di riferimento per altre azioni.

Il miglioramento della conoscenza del rapporto tra inquinanti ambientali e salute ed una ricognizione di personale e strutture già operanti nel settore potranno consentire l'attuazione della sorveglianza epidemiologica nella Regione con modalità univoche e strutturate.

Fondamentali risulteranno la formazione degli operatori sanitari ed ambientali, la corretta comunicazione del rischio, l'adozione di uno strumento condiviso per una adeguata valutazione degli impatti sanitari preliminarmente alla realizzazione di un'opera (VIS) nonché per la gestione di situazione di inquinamento accertato o presunto. Su questi temi, proprio per la loro valenza, sono in corso delle Azioni centrali che potranno dare un notevole contributo alla pianificazione regionale e che saranno senz'altro recepite non appena emanate. In attesa di ciò comunque la Regione Abruzzo si dota di linee di indirizzo in merito per supportare adeguatamente l'intero programma.

Una specifica linea progettuale è stata pensata per promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco compatibilità degli edifici, anche in relazione al rischio radon.

Per quanto riguarda l'emergente necessità di controllo in tema di sicurezza chimica è degno di nota che a livello internazionale è stato individuato un approccio strategico per la gestione dei prodotti chimici (Strategic Approach of to International Chemicals Management –SAICM) che promuove la sicurezza chimica nella produzione e nell'uso dei prodotti chimici in tutto il mondo e che ha l'obiettivo di ottimizzare la gestione delle sostanze chimiche per tutto il loro ciclo di vita in modo da ridurre al minimo gli impatti negativi sulla salute umana e sull'ambiente. In linea con tale tipo di approccio sono stati emanati diversi Regolamenti europei (regolamento (CE) 1907/2006 – reg. REACH, regolamento (CE) n. 1272/2008 –reg. CLP, ecc).

Nella Regione Abruzzo, in recepimento di Accordi nazionali in materia, è già stato istituito un sistema di controlli ufficiali in materia di REACH e CLP che però necessita di ulteriore implementazione, anche in vista della necessità, in futuro, di estendere la vigilanza ad altri Regolamenti già emanati dall'Unione Europea attivando gli organismi di controllo in modalità intersettoriale.

A tal proposito è stato introdotto nel Programma una linea progettuale pilota che prevede un approccio trasversale dei Servizi dei Dipartimenti delle ASL: SIAN, IESP, SPSAL, VETERINARIO Area B, con il supporto dell'ARTA, nell'adozione di azioni di controllo riguardanti la corretta gestione dei FITOSANITARI.

La trasversalità delle Azioni di progetto prevede, ovviamente, la costituzione di numerosi Gruppi di lavoro e Tavoli tecnici.

Si pone pertanto la necessità di coordinare non solo tali momenti di lavoro congiunto finalizzato al raggiungimento degli obiettivi centrali del Programma, ma di interagire in modo armonizzato anche con gli altri Programmi del Piano Regionale della Prevenzione.

A tal fine viene individuato un Tavolo Tecnico regionale che coinciderà con il Tavolo Tecnico Regionale di Integrazione Ambiente e Salute – T.R.I.A.S. previsto come Azione inserita nella linea progettuale 8.1 riguardante l'“integrazione ambiente e salute a supporto delle politiche ambientali per il miglioramento della qualità di aria acqua e suolo”. Tale struttura organizzativa sarà caratterizzata dalla rappresentanza permanente dei Dipartimenti regionali e di Istituzioni territoriali che si occupano delle problematiche di ambiente e salute con facoltà di interessare, se necessario, ogni altra Istituzione.

Fermo restando il raggiungimento dell'obiettivo di elaborare rapporti a supporto della programmazione integrata ambiente e salute (indicatore 8.1.1), il Tavolo T.R.I.A.S., sarà di supporto ai Dipartimenti della Regione Abruzzo, ed in particolare al Dipartimento per la Salute ed il Welfare, nelle funzioni di indirizzo e promozione dei gruppi di lavoro previsti nel Programma, nonché l'integrazione dello stesso con altri programmi del Piano Regionale della Prevenzione. Le funzioni di questo Tavolo si protrarranno anche oltre il 2018 anche al fine di garantire, tra l'altro, che i modelli organizzativi e nel frattempo individuati rimangano in modo permanente nell'operatività degli Enti interessati.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Il Programma “Ambiente e Salute” si inserisce in un contesto regionale carente di sistemi operativi che consentano una valutazione sistematica ed integrata circa i danni alla salute derivanti da esposizione ambientali dannose.

Le Azioni progettate per l'implementazione del Programma, includenti confronti continui tra Istituzioni e gli altri portatori di interesse, sicuramente costituiscono un percorso innovativo e virtuoso, tra l'altro auspicato da tempo da tutti portatori di interesse, che dovrebbe produrre risultati migliorativi sull'attuale gestione delle problematiche salute ambiente.

Inoltre già dalla “Carta di Ottawa” del 1986 venivano indicati tra i fattori determinanti della salute e della protezione dell'ambiente azioni di integrazione che includevano anche la consapevole partecipazione dei cittadini.

L'Unione Europea, nel suo 7° programma generale di azione in materia ambientale, che si prefigge nove obiettivi da raggiungere entro il 2020, prevede tra questi la tutela della salute da pressioni ambientali e fa ampio riferimento alla necessità di integrazione tra varie politiche.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA'

Tutte le Istituzioni coinvolte nelle varie Azioni sono esistenti e già svolgono le funzioni di rispettiva competenza. In particolare l'ARTA e le ASL, costantemente chiamate nelle varie linee progettuali, già operano nel contesto delle tematiche affrontate nelle Azioni individuate, seppur con le carenze evidenziate.

A garanzia della messa a sistema delle Azioni del Programma viene anche prevista la costituzione di un Tavolo tecnico (T.R.I.A.S.) di supporto ai Dipartimenti regionali.

Tra l'altro l'integrazione tra Enti, producendo una ricaduta positiva sulla qualità degli atti istituzionali, determinerebbe per gli stessi, non ultimo un ritorno in termini di maggior autorevolezza; ciò potrebbe costituire un altro incentivo per l'Istituzione a continuare a sostenere le azioni intraprese.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE.

Non sono evidenziabili, al momento, connessioni dirette tra le azioni rivolte a ridurre le esposizioni ambientali dannose alla salute e la riduzione delle diseguaglianze socio-economiche di fasce disagiate della popolazione. Sicuramente, le azioni contenute nel Programma, coinvolgendo in maniera trasversale tutta la comunità, determineranno un'applicazione omogenea di interventi sul territorio. Il raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Programma, inoltre, potrà far emergere delle connessioni tra esposizione ambientale e stato socio-economico della popolazione esposta. L'eventuale evidenza di tali connessioni potrà promuovere atti specifici finalizzati alla lotta alle diseguaglianza evidenziata.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Il sistema di sorveglianza sarà costituito dalle relazioni annuali prodotte dal Tavolo T.R.I.A.S, nel ruolo che la Regione intende attribuirgli quale supporto per coordinamento ed indirizzo dei Gruppi di lavoro presenti quasi in tutte le linee progettuali, in merito allo stato di avanzamento delle attività degli stessi.

INDICATORE SENTINELLA DEL PROGRAMMA:

1. Produzione annuale di relazioni del Tavolo T.R.I.A.S quale supporto alla Regione per l'attuazione del Programma (T.R.I.A.S.). La scelta di tale parametro è dovuto al fatto che, come detto nel rationale, il tavolo T.R.I.A.S. supporta la Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - nelle funzioni di indirizzo e promozione dei gruppi di lavoro del Programma 10, sia quelli permanenti che a termine, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo principale dello stesso. La produzione di relazioni annuali da parte del Tavolo si affianca al report previsto dall'obiettivo specifico 8.1.1 entro il 2018.

2. Elaborazione delle linee di indirizzo/procedure/linee guida.

La scelta di questo secondo indicatore sentinella dipende dal fatto che i vari gruppi di lavoro che sono stati attivati nell'esecuzione del presente Programma porteranno nel triennio all'adozione da parte della regione Abruzzo di linee di indirizzo, linee guida e procedure che uniformeranno ed integreranno l'operato in tema di ambiente e salute. Si è scelto di monitorare tali lavori osservando le linee guida regionali anti radon di cui al Progetto 8.10, obiettivo specifico 8.10.1, da approntare entro il 2016, la procedura integrata di vigilanza sui Fitosanitari di cui al Progetto 7.8 – 10.1, obiettivo specifico 1/Attività 3, da approntare nel 2017 e le linee di indirizzo per la gestione delle problematiche sanitarie legate all'inquinamento ambientale di cui al Progetto 8.4 obiettivo specifico 8.4.1 pronte nel 2018.

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Produzione annuale di relazioni del Tavolo T.R.I.A.S quale supporto alla Regione per l'attuazione del Programma	Non rilevato		Relazione	Relazione	Relazione
Elaborazione delle linee di indirizzo/procedure/linee guida	Non rilevato		Elaborazione linee guida regionali anti radon di cui al Progetto 8.10, obiettivo specifico 8.10.1	Elaborazione procedura integrata di vigilanza sui Fitosanitari di cui al Progetto 7.8 – 10.1, obiettivo specifico 1/Attività 3	Elaborazione linee di indirizzo per la gestione delle problematiche sanitarie legate all'inquinamento ambientale di cui al Progetto 8.4 obiettivo specifico 8.4.1

ANALISI DEI RISCHI:

- Elemento di criticità per l'intero Programma è rappresentato dalla inadeguata partecipazione delle Istituzioni (in particolare dall'ARTA) alle Azioni del Programma.
- Altri elementi di criticità sono costituiti dalla carenza di personale nelle Istituzioni e dalla loro eventuale preparazione insufficiente nella tematica ambiente salute. Tale criticità può essere superata attuando una formazione continua in materia di integrazione ambiente-salute all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione e dell'ARTA, potenziando con azioni collaterali ciò che il Programma affronta nell'obiettivo centrale 8.5.

Obiettivo centrale 7.2. Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP.

Obiettivo centrale 7.8. Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit.

Obiettivo Centrale 10.1. Adottare piani di controllo / monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura (obiettivo specifico da perseguire attraverso interventi "trasversali" ai macro obiettivi 8, 9, 10: uso corretto e responsabile/sostenibile dei fitofarmaci ai fini della tutela della salute dei lavoratori in agricoltura, dell'ambiente e della collettività)

RAZIONALE

I trattamenti fitosanitari rappresentano uno dei momenti più delicati dell'intero processo produttivo agricolo. I problemi che i trattamenti fitosanitari alle colture erbacee ed arboree presentano - in termini di pericolosità ambientale/umana - sono da imputare a diversi fattori: la scarsa conoscenza, da parte degli stessi operatori e dei consumatori delle complesse problematiche legate alla protezione delle colture e dei molteplici aspetti tecnico-normativi relativi al processo di valutazione e autorizzazione all'uso dei prodotti fitosanitari; la obsolescenza tecnica di molte macchine utilizzate per lo spargimento dei prodotti, la carente manutenzione nonché la inadeguata regolazione del funzionamento delle stesse.

La sensibilità della Comunità Europea su questa tematica si è concretizzata nell'emanazione della Direttiva 128/2009/CE che istituisce un "Quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'utilizzo sostenibile dei fitofarmaci" che si pone come principali obiettivi:

- minimizzare rischi e pericoli alla salute e all'ambiente derivanti dall'uso dei prodotti fitosanitari
- migliorare i controlli sull'uso e la distribuzione degli agrofarmaci
- ridurre i livelli delle sostanze attive nocive anche attraverso la sostituzione di quelle più pericolose con altre più sicure, anche di natura non chimica
- promuovere coltivazioni con apporto ridotto o nullo di agrofarmaci
- sensibilizzazione degli utilizzatori promuovendo l'uso di codici di buone pratiche.

Tenuto conto delle complesse e numerose ripercussioni che comporta l'impiego dei fitosanitari sulle matrici ambientali e sulla salute umana, si rende necessario esercitare una vigilanza ed un controllo quanto più possibile congiunti e/o coordinati ad opera dei diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione delle ASL e dell'ARTA. In altri termini, la finalità del programma è quella di integrare nei controlli, gli aspetti di sicurezza e salute sul lavoro con la sicurezza ambientale e del prodotto, tenendo conto anche degli elementi innovativi introdotti dal PAN (Piano d'Azione Nazionale) per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari, degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura, del Piano Residui negli alimenti e del REACH.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA': Con la realizzazione delle azioni previste si determinerà una modalità operativa integrata nel Dipartimento di Prevenzione stabile, con una ricaduta positiva sull'efficacia degli interventi.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA: sistema di registrazione dell'attività di vigilanza e controllo PSAL; registrazione dati SIVRA.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE: Il settore dell'agricoltura è caratterizzato da una prevalenza di addetti a basso grado di specializzazione, spesso immigrati, frequentemente impegnati in lavori irregolari. Le azioni del progetto sono finalizzate a migliorare i livelli di salute e sicurezza di tali lavoratori.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Elaborazione di una procedura di vigilanza integrata sull'impiego corretto e sostenibile dei prodotti fitosanitari, sia in ambito agricolo, che in aree ad uso non agricolo (strade, ferrovie ecc) e in aree protette
2. Formazione operatori del Dipartimento di Prevenzione sul corretto uso dei fitosanitari e sulla applicazione della procedura elaborata
3. Monitoraggio della applicazione della procedura nell'ambito delle attività di vigilanza sulla salute e la sicurezza degli addetti previste nel piano regionale di prevenzione in agricoltura, e finalizzate anche al miglioramento di qualità della sorveglianza sanitaria, ed evidenziando delle eventuali criticità nell'ambito

delle attività di vigilanza per la salute e la sicurezza previste nel piano regionale di prevenzione in agricoltura

4. Semplificazione degli adempimenti di legge in materia di formazione degli addetti all'uso dei fitofarmaci

Obiettivo specifico 1

1. Procedura per la VIGILANZA INTEGRATA

AZIONE 1:

Elaborazione di una procedura per la vigilanza integrata tra i Servizi del Dipartimento di Prevenzione, congiunta e/o coordinata, sull'impiego corretto e sostenibile dei prodotti fitosanitari, sia in ambito agricolo, che in aree ad uso non agricolo (strade, ferrovie, ecc), e in aree protette; l'elaborazione sarà a cura di un gruppo tecnico regionale "fitosanitari" e nel quale si preveda la presenza di figure afferenti alla tutela della salute e dell'ambiente (SIESP-SPSAL-ARTA), degli alimenti (SIAN – Servizi Veterinari, IZSAM), sentiti i rappresentanti dell'assessorato alle Politiche Agricole e Forestali, Associazione consumatori, Enti Parco.

Questa azione contribuisce al conseguimento dell'obiettivo generale 10.1. per la parte di controllo/monitoraggio integrato che riguarda i fitosanitari. I dettagli e le altre azioni dell'intero obiettivo centrale 10.1. sono esplicitate nel programma 11, cui si rimanda.

ATTIVITÀ PRINCIPALI:

1. Costituzione da parte della Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare, (su nomina da parte delle Istituzioni interessate) di gruppo tecnico regionale "fitosanitari" con rappresentanti dei servizi del Dipartimento di prevenzione (Iesp-Sian, Spsal e Servizio Veterinario area B), ARTA, IZSAM individuati su indicazione dei Direttori dei Servizi coinvolti
2. Elaborazione di Linee di indirizzo Regionali a cura del gruppo tecnico "Fitosanitari" per l'attuazione del Piano di Azione Nazionale circa l'uso corretto e sostenibile dei diserbanti in aree ad uso non agricolo (strade, ferrovie ecc) e in aree protette, con il coinvolgimento attivo degli Enti Parco e dei gestori reti ferroviarie e stradali
3. Elaborazione della procedura integrata, comprensiva di check-list ed eventuale ulteriore modulistica per uniformare l'attività di vigilanza sia in ambito agricolo che in aree non agricole e protette
4. Condivisione degli elaborati con Associazioni di categoria, Settore Regionale Politiche agricole, Associazioni Consumatori e solo per le linee di indirizzo anche Enti Parco e Enti gestori reti ferroviarie, stradali, aeroportuali
5. Recepimento "Procedura" e "Linee di indirizzo per l'attuazione del PAN" con Atto/i Regionale/i
6. Aggiornamento del Sistema Informativo Regionale Agricoltura (sistema informativo di registrazione dell'attività di controllo) per l'inserimento dei dati acquisiti durante la vigilanza
7. Pubblicazione della procedura di vigilanza integrata e delle linee di indirizzo regionali sulla pagina web aziendale alla voce amministrazione trasparente e sul sito regionale

TARGET (indicare la fascia di età)	Operatori del Dipartimento di Prevenzione				
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input checked="" type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input checked="" type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regionali, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA Abruzzo, IZSAM				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Costituzione di gruppo tecnico regionale "fitosanitari" dedicato all'elaborazione procedure e delle linee di indirizzo PAN	Non rilevato		Atto Formale		
Indicatore 7.8.1. Stesura di Linee di indirizzo Regionali a cura del gruppo tecnico "Fitosanitari" per l'attuazione del Piano di Azione Nazionale			Linee di indirizzo		

per l'uso dei diserbanti in aree non agricole (strade, ferrovie, ecc) e in aree protette					
Elaborazione della procedura integrata	Non rilevato		Procedura integrata	Procedura integrata	
Atto/i regionale/i di recepimento "Procedura" e "Linee di indirizzo x l'attuazione PAN"				X	
Aggiornamento del portale regionale agricoltura				X	
Predisposizione di una sezione web sui siti delle ASL e sul sito della regione per la pubblicazione della procedura e delle linee di indirizzo	Non rilevato			X	

CRONOPROGRAMMA

Attività	2015	2016	2017	2018
1		x		
2		x		
3			x	
4			x	
5			x	
6			x	
7			x	

Obiettivo specifico 2

2. Formazione operatori del Dipartimento di Prevenzione e ARTA sul corretto uso dei fitosanitari e sulla applicazione della procedura elaborata

AZIONE 2:

Programmazione e realizzazione della attività di formazione rivolta a tutti gli operatori del Dipartimento di Prevenzione e dell'ARTA coinvolti nella vigilanza e controllo, relativa alla legislazione vigente per la commercializzazione e l'uso dei prodotti fitosanitari. L'attività formativa dovrà prevedere una sessione durante la quale sarà illustrata la procedura operativa di vigilanza, elaborata ed approvata a livello regionale.

ATTIVITÀ PRINCIPALI:

1. Programmazione in seno al gruppo tecnico regionale "fitofarmaci" della attività di formazione
2. Svolgimento del corso di formazione rivolto agli operatori dei Dipartimento di Prevenzione e dell'ARTA

TARGET (indicare la fascia di età)	Operatori del Dipartimento di Prevenzione				
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input checked="" type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regionali, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Programmazione in seno al gruppo regionale "fitofarmaci" della attività di formazione	Non rilevato		X		
Svolgimento del corso di formazione rivolto agli operatori dei del Dipartimento	Non rilevato			X	X

di Prevenzione e ARTA					
Numero di operatori del dipartimento addetti alla vigilanza fitosanitari formati/ numero di operatori da formare	Non rilevato			60%	100%

Obiettivo specifico 3

Monitoraggio della applicazione della procedura nell'ambito delle attività di vigilanza sulla salute e la sicurezza degli addetti previste nel piano regionale di prevenzione in agricoltura, e finalizzate anche al miglioramento di qualità della sorveglianza sanitaria, ed evidenziando delle eventuali criticità nell'ambito delle attività di vigilanza per la salute e la sicurezza previste nel piano regionale di prevenzione in agricoltura.

AZIONE 3:

Dopo aver elaborato la procedura sulla vigilanza coordinata e/o congiunta sul corretto uso dei prodotti fitosanitari e dopo averla somministrata agli operatori del Dipartimento di Prevenzione e dell'ARTA individuati, la procedura sarà resa operativa/applicata nell'ambito delle attività di vigilanza programmate per il Piano Regionale dell'Agricoltura (con particolare riguardo alla realizzazione della sorveglianza sanitaria e al miglioramento della sua qualità, anche ai fini dell'emersione delle malattie professionali in agricoltura), per il piano dei controlli REACH e Residui, nonché per le aree non ad uso agricolo (strade, ferrovie, ecc) e le aree protette. Al fine di riscontrare la corretta applicazione da parte degli operatori ed evidenziare eventuali criticità dello strumento, il gruppo Regionale Fitofarmaci, provvederà ad eseguire verifiche a campione delle attività svolte.

La procedura sarà applicata in modo integrato per la parte che riguarda salute e sicurezza sul lavoro, con la procedura per la vigilanza e i controlli in agricoltura prevista nel programma 8 (vedere obiettivo centrale 7.2).

ATTIVITÀ PRINCIPALI:

1. Individuazione, nell'ambito delle attività da programmare per il PRA ed in coordinamento con la vigilanza Reach e Residui, del numero di aziende agricole nelle quali applicare anche la vigilanza per l'uso dei fitosanitari (5%); vigilanza sugli usi dei fitofarmaci in aree non agricole e protette (1 controllo per ciascuna ASL)
2. Controllo quali/quantitativo - da parte dei componenti del gruppo regionale fitosanitari, sulla corretta applicazione della procedura di vigilanza, mediante analisi delle check list utilizzate sulle aziende controllate e sulle aree pubbliche e protette
3. Elaborazione report dei risultati, con evidenziate le criticità e le eventuali proposte di modifica/miglioramento

TARGET (indicare la fascia di età)	Operatori del Dipartimento di Prevenzione				
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regionali, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Individuazione, nell'ambito delle attività da programmare per il PRA, del numero di attività nelle quali applicare anche la vigilanza per l'uso dei fitosanitari; vigilanza sugli usi dei fitofarmaci in aree non agricole e protette	Non rilevato			5% del numero di imprese da controllare nell'ambito del PRA; 4 controlli (1 per ciascuna	

Dipartimento di Prevenzione				ASL) in aree pubbliche e protette	
Controllo sul corretto avvenuto impiego della procedura di vigilanza da parte degli operatori addetti alla vigilanza					80% del numero dei controlli effettuati con la procedura sul corretto uso fitosanitari
Elaborazione report dei risultati con evidenziate le criticità e le eventuali proposte di modifica miglioramento					Elaborazione Report

Obiettivo specifico 4

Semplificazione degli adempimenti di legge in materia di formazione degli addetti all'uso dei fitofarmaci, da parte delle aziende agricole

AZIONE 4:

Questa azione si propone di evitare la duplicazione gli adempimenti formativi previsti dal PAN nei confronti dei soggetti destinatari di tali obblighi (utilizzatori, distributori e consulenti) sui rischi connessi all'impiego dei fitosanitari rispetto alla formazione prevista dal D.Lgs. 81/08 smi. A tal fine in aderenza a quanto stabilito dal punto A punto 8 del PAN, è necessario che si proceda ad una attenta valutazione della coerenza tra i contenuti (in termini di argomenti e durata) della formazione regionale, sancita con Deliberazione della Regione Abruzzo del 04.03.2015 n. 163 per "l'abilitazione alla vendita, all'acquisto, all'utilizzo e all'attività di consulenza" e le esigenze formative richieste dal D.Lgs. 81/08 smi così come meglio specificato nell'Accordo Stato Regioni del dicembre 2011.

ATTIVITÀ PRINCIPALI:

1. Reperimento da parte del gruppo regionale fitofarmaci, degli atti regionali e di ogni altra documentazione utile per valutare il contenuto della formazione/aggiornamento attualmente previsti dalla regione Abruzzo per i soggetti obbligati
2. Valutazione di coerenza da parte del gruppo regionale fitofarmaci, tra contenuti e durata di tale formazione e quelli previsti dal D.Lgs 81/08 per le diverse figure formate, qualora ricomprese nell'ambito di applicazione della normativa di igiene e sicurezza sul lavoro; evidenziazione delle eventuali criticità e/o congruenze; eventuali proposte di modifica/miglioramento
3. Atto regionale di recepimento eventuali proposte di modifica/miglioramento del percorso formativo destinato ai soggetti obbligati, nel quale venga riconosciuta la validità di tale percorso anche ai fini del D.Lgs. 81/08 smi

TARGET (indicare la fascia di età)	i lavoratori del settore agricolo, le aziende agricole, i rivenditori, la collettività			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input checked="" type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regionali, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL,			

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Reperimento atti regionali e di ogni altra documentazione utile a risalire al contenuto della formazione/aggiornamento	Non rilevato		X		

attualmente previsti dalla regione Abruzzo					
Valutazione di coerenza tra durata e degli argomenti di tale formazione, con i contenuti previsti dal D.Lgs 81/08; eventuali proposte di modifica/miglioramento			X		
Atto regionale di recepimento eventuali proposte di modifica /miglioramento della formazione destinata ai soggetti obbligati nel quale venga riconosciuta la validità della formazione regionale anche ai fini del D.Lgs. 81/08 smi				X	

ANALISI DEI RISCHI

- Impossibilità di utilizzare il Sistema Informativo Agricoltura per la registrazione delle attività di controllo.
- Ritardo nella elaborazione della procedura di vigilanza, oggetto di illustrazione durante l'attività formativa.
- Mancanza dell'anagrafe regionale delle aziende agricole.
- Mancato aggiornamento del portale agricoltura per l'inserimento dei dati.

Obiettivo centrale 8.1. Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della “salute in tutte le politiche”.

RAZIONALE DEL PROGETTO

Nell'intento di migliorare la qualità di aria acqua e suolo la Regione Abruzzo intende dotarsi di un'articolazione organizzativa intra e inter istituzionale che prevede la costituzione di un Tavolo regionale che si raccorda con una rete di referenti in ambito sanitario per l'elaborazione di rapporti di attività quale strumenti di supporto ai decisori politici nelle scelte di programmazione in materia.

Allo stato attuale, gli Enti pur svolgendo le attività istituzionali di competenza, necessitano di maggiori strumenti di integrazione e collaborazione che consenta lo studio dell'intero ciclo di esposizione in un territorio (caratterizzazione della fonte, pericolosità degli agenti, modalità di diffusione di inquinanti in ambiente, valutazione del rischio e dell'impatto sull'ambiente e sulla salute) in modo da restituire ai decisori politici ed alla popolazione una sintesi utile alle scelte della sua governance.

Tale strutturazione rappresenta l'avvio per un impegno concreto del Governo regionale per coordinare al meglio le politiche e le strategie mettendo a sistema una modalità operativa condivisa con tutti i Soggetti interessati (Enti e Stakeholders) secondo la modalità “salute in tutte le politiche” in riferimento alla necessità di miglioramento della qualità di aria acqua e suolo.

Oltre a quanto sopra, nella necessità di individuare un supporto alle molteplici funzioni demandate alla Regione Abruzzo, con particolare riferimento al Dipartimento per la Salute ed il Welfare, il Tavolo che sarà costituito (vedi Azione dell'Obiettivo specifico 8.1.1) sarà investito dalla funzione aggiuntiva di indirizzo e promozione dei vari gruppi di lavoro che saranno attivati nel Programma 10 che comporterà una relazione annuale sull'avanzamento del lavoro degli stessi.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA':

Le Istituzioni coinvolte sono già esistenti e operanti nel territorio regionale. Il progetto non prevede modifiche delle attività istituzionali degli Enti ma la loro integrazione sia all'interno dell'Istituzione stessa che con le altre Istituzioni.

L'aggravio di lavoro legato all'attività di integrazione ambiente-salute ha come ricaduta un notevole beneficio in termini di efficienza e di efficacia delle attività istituzionali nonché una migliorata trasparenza di atti con un presumibile atteggiamento collaborativo da parte degli Stakeholders. Ciò dovrebbe indurre le Istituzioni coinvolte a sostenere il progetto fino alla messa a sistema dello stesso.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

L'articolazione organizzativa del progetto, prevedendo una lettura integrata di criticità ambiente/salute riguardanti l'intero territorio regionale, consente una programmazione di interventi omogenei su tutto il territorio con conseguente riduzione delle diseguaglianze indotta nella popolazione a seguito di criticità non adeguatamente valutate e gestite.

OBIETTIVI SPECIFICI

8.1.1: Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali a supporto per la programmazione integrata in tema di ambiente e salute

8.1.2: Disponibilità di rapporti di attività della rete di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute

OBIETTIVO SPECIFICO 8.1.1:

Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali a supporto per la programmazione integrata in tema di ambiente e salute

AZIONE 1: costituire un Tavolo Tecnico Regionale Integrazione Ambiente Salute – T.R.I.A.S. con la finalità di elaborare documenti a supporto della programmazione integrata ambiente e salute. Tali documenti sono report di sintesi basati su dati ambientali e sanitari, integrati tra loro e interpretati nell'ottica della salute in tutte le politiche. Il report può contenere linee d'intervento, individuate per ordine di priorità, necessarie per la gestione della/e problematica/e emerse.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. il Dipartimento per la Salute ed il Welfare effettua una ricognizione nel Dipartimento Opere Pubbliche, Governo del Territorio e Politiche Ambientali della Regione, nelle ASL, nell'ARTA ai fini dell'individuazione, su nomina delle stesse Istituzioni, di personale in possesso di specificità professionale e competenza in materia
2. il Dipartimento per la Salute ed il Welfare unitamente al Dipartimento Opere Pubbliche, Governo del Territorio e Politiche Ambientali della Regione Abruzzo promuovono e costituiscono il Tavolo Tecnico Regionale per l'Integrazione Ambiente e Salute (T.R.I.A.S.) con atto formale prevedendo la possibilità di integrare il Tavolo con rappresentanza di altre Istituzioni qualora la disamina di problematiche specifiche lo richieda. Nella costituzione viene definito altresì il regolamento di funzionamento del Tavolo T.R.I.A.S.
3. il Tavolo T.R.I.A.S., ai fini della produzione dei report di attività che saranno supporto alle politiche ambientali di miglioramento aria acqua e suolo, fa una ricognizione dei dati sanitari ed ambientali attinenti le tematiche in esame, li analizza, li correla e, tenuto conto di eventuali studi di provata efficacia e riconosciuti a livello nazionale e internazionale, li commenta evidenziando i possibili nessi tra i dati in possesso e le ricadute nel territorio per gli aspetti di ambiente e salute e infine esamina le potenziali azioni da intraprendere. In conclusione produce un report
4. il Dipartimento per la Salute ed il Welfare ed il Dipartimento Opere Pubbliche, Governo del Territorio e Politiche Ambientali della Regione Abruzzo divulgano agli Enti interessati e agli stakeholders i documenti prodotti dal Tavolo Regionale Integrazione Ambiente e Salute
5. il Tavolo T.R.I.A.S. predispone una relazione annuale sull'avanzamento del lavoro dei Gruppi di lavoro previsti dal Programma

TARGET (indicare la fascia di età)	Comunità				
SETTING	Scuola	Comunità X	Ambienti sanitari	Ambienti di lavoro	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regione Abruzzo, ASL, ARTA				
Indicatori di processo finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Costituzione del Tavolo Tecnico Regionale per l'Integrazione Ambiente Salute	Non rilevato		Atto formale		
8.1.1. Disponibilità di report del Tavolo T.R.I.A.S.	Non rilevato				Evidenza di un report
Relazione annuale su attività Gruppi di lavoro	Non rilevato		Relazione	Relazione	Relazione

OBIETTIVO SPECIFICO 8.1.2:

Disponibilità di rapporti di attività della rete di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute

AZIONE 2: La Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - attiva una Rete in ambito sanitario per l'integrazione ambiente salute con le seguenti attività.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. Individuazione e coordinamento dei nodi della Rete in ambito sanitario e dei flussi sanitari pertinenti l'integrazione ambiente-salute.

2. Individuazione dei referenti della rete sanitaria su nomina dei rispettivi Enti
3. Definizione degli strumenti a supporto della rete per la gestione dei flussi informativi da parte della Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare
4. Attivazione della Rete sanitaria

TARGET (indicare la fascia di età)	Ambienti sanitari				
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	ASL, Regione Abruzzo-Dipartimento per la Salute ed il Welfare, MMG, PLS, ASR, IZSAM				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
8.1.2. Disponibilità di rapporti di attività della rete di referenti in ambito sanitario	Non rilevato			Rete attiva	

ANALISI DEI RISCHI

- Collaborazione insufficiente da parte delle Istituzioni interessate.
- Difficoltà nella costruzione degli strumenti a supporto della rete sanitaria
- Carenza del personale qualificato nelle Istituzioni

CRONOPROGRAMMA

	4° trim 2015	1° trim 2016	2° trim 2016	3° trim 2016	4° trim 2016	1° trim 2017	2° trim 2017	3° trim 2017	4° trim 2017	1° trim 2018	2° trim 2018	3° trim 2018	4° trim 2018
Ricognizione istituzioni costituenti il T.R.I.A.S.	x	x											
Costituzione del Tavolo T.R.I.A.S.		x											
Il Tavolo T.R.I.A.S. produce report di attività													x
Il Tavolo T.R.I.A.S. predispone relazione attività gruppi programma					x				x				x
I Dipartimento per la Salute ed il Welfare individua i nodi della Rete sanitaria e i flussi sanitari pertinenti			x	x									
Individuazione de referenti della rete sanitaria, su nomina dei rispettivi Enti			x	x									
Definizione strumenti a supporto della rete sanitaria				x	x								
Attivazione della Rete (evidenza di funzionamento)								x	x	x	x	x	x

Obiettivo centrale 8.2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali / salute attraverso: il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione; il potenziamento della sorveglianza epidemiologica.

Razionale e situazione attuale

La riduzione delle esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute è uno dei macroobiettivi più qualificanti del nuovo Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018.

Il raggiungimento di tale obiettivo presuppone la conoscenza di quali siano i determinanti ambientali che costituiscono fattori di pressione sulla popolazione potenzialmente esposta, nonché sugli effetti che essi producono o possono produrre sulla salute dei cittadini.

L'organizzazione della sorveglianza epidemiologica ha avuto nella nostra Regione lo sviluppo di seguito descritto.

Il 1° giugno 2004 è stato attivato il Servizio "Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo Qualità" presso la Direzione Sanità (DGR n. 303 del 30.04.2004), precedentemente già istituito con DGR n. 206 del 23.02.2000 (emanata ai sensi della L.R. 77/99).

Sulla base del Progetto di avvio, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), nel trimestre giugno-agosto 2003, ha prodotto due "Relazioni Sanitarie" ufficiali della Regione Abruzzo contenenti l'analisi sullo stato di salute della popolazione, le valutazioni sull'attività e l'efficienza dei servizi e la ricognizione dei flussi esistenti e delle risorse umane disponibili in materia di epidemiologia e sistemi informativi.

La successiva L.R. 5/2008 di P.S.R. ha, infine, ridefinito la funzione epidemiologica assegnando le funzioni dell'OER all'ASR Abruzzo, mentre il Servizio "Osservatorio Epidemiologico, mobilità e Controllo Qualità" della Direzione Sanità è stato modificato in Servizio "Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria e Procedure Informatiche".

Successivamente la L.R. 6/2009, nell'articolo 25, ha ridefinito le funzioni epidemiologiche dell'Agenzia Sanitaria Regionale disponendo che ad essa fosse assegnato il compito di "osservazione epidemiologica e monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza".

In Abruzzo, nell'ultimo decennio sono state individuate alcune aree ad elevato inquinamento ambientale ma in particolare è quella nelle vicinanze del comune di Bussi sul Tirino, dove nel 2007 è stata scoperta una discarica abusiva di circa 30.000 mq (classificata come SIN), a destare maggiore attenzione.

Sono stati realizzati due studi:

- uno studio descrittivo riguardante l'area dei pozzi Sant' Angelo di Bussi eseguito nel luglio del 2008 dal Mario Negri Sud e dall'Agenzia Regionale che ha evidenziato, in alcune macro-aree che includono le zone citate, un'incidenza e mortalità per tumore significativamente più elevate rispetto alla media regionale. Le analisi, tuttavia, sono risultate essere basate su dati raccolti antecedentemente l'anno 2008 e le conclusioni non hanno superato il livello di macro-area
- uno studio descrittivo condotto da ASR ed Università di Chieti che si proponeva di fornire una stima aggiornata, dettagliata a livello comunale, della distribuzione geografica delle patologie tumorali nella regione Abruzzo, nei trienni 2006-2008 e 2009-2011. In particolare, in entrambi i trienni si sono osservati SMR molto elevati (≥ 140) nel comune di Bussi sul Tirino e nei due comuni adiacenti di Aielli e Cerchio.

La natura descrittiva dello studio non ha permesso di trarre conclusioni certe sull'effettiva esistenza di una relazione causale tra inquinamento e tasso tumorale.

Di fronte alla pressione mediatica del "caso Bussi" non si dispone quindi ancora di studi in grado di poter far luce sul nesso di causalità tra gli inquinanti reperiti nel SIN ed eventuale aumento di patologie, in primis tumorali.

EVIDENZE:

- Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR) (1988) The nature and extent of lead poisoning in the United States: a report to Congress. Atlanta, Georgia: ATSDR.
- Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR) (1990) Health assessment guidance manual. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services.
- WHO (1972) Health effects of the human environment. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1982) Estimating human exposure to air pollutants. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1983) Environmental health criteria, no.27. Guidelines to studies in environmental epidemiology. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1985) Guidelines for the study of dietary intakes of chemical contaminants. Geneva: World Health Organization (GEMS: Pub. No.87).

- WHO (1989) Assessment and management of environmental health hazards. Geneva: World Health Organization (unpublished document WHO/PEP/89.6).

SOSTENIBILITA'

Lo studio di esposizione su contaminanti ambientali è già finanziato con il budget dell'ASR-Abruzzo. Lo scambio di dati tra enti preposti alla sorveglianza ambientale può essere sviluppato a costi minimi e rimanere stabilmente nel tempo.

SISTEMA DI Sorveglianza

I dati dovranno pervenire all'ASR-Abruzzo per l'analisi ed eventualmente l'avvio di studi ad hoc.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

L'analisi dei danni sulla salute da inquinanti ambientali è rivolta a tutte le fasce di popolazione ed in particolare a quelle svantaggiate, a maggior rischio di vicinanza a siti inquinati o di esposizione professionale ad inquinanti.

Azione 1

L'obiettivo di questo progetto è formalizzare ed istituzionalizzare il rapporto tra gli enti cointeressati (ASL, ARPA, Dipartimenti Regionale per l'Ambiente e la Salute, Agenzia Sanitaria Regionale, Istituti zooprofilattici) alla trasmissione dei dati ambientali, sanitari ed anagrafici necessari per poter predisporre, tramite studi epidemiologici, una più completa conoscenza degli effetti dei determinanti ambientali sulla salute della popolazione abruzzese.

AZIONE: Adozione di accordi tra enti cointeressati per la messa in comune dei dati necessari per la progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari, sotto la regia dell'ASR-Abruzzo.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1.	L'ASR-Abruzzo, in collaborazione con il Registro Tumori Regionale, istituirà un gruppo di lavoro con gli enti cointeressati di seguito elencati: <ul style="list-style-type: none"> - Regione Abruzzo – Dipartimento opere pubbliche, governo del territorio e Politiche ambientali - ASL – Dipartimenti di Prevenzione: dati sanitari - ARTA: dati ambientali - IZS: dati sanitari animali e microbiologici (es.: Osservatorio Regionale Salmonella) - Servizio informatico regionale - ANCI: dati anagrafici - API: dati ambientali (es. catasto scarichi e CEM)
2.	Il gruppo di lavoro individua le modalità per la condivisione dei dati sanitari, ambientali ed anagrafici

TARGET (indicare la fascia di età)	Comunità			
SETTING	Scuola	Comunità X	Ambienti sanitari	Ambienti di lavoro
INTERSETTORIALITÀ	Regione Abruzzo, ASL, ARTA, IZSAM, ASR, ANCI, API			

Azione 2

Realizzazione di uno studio epidemiologico di esposizione su contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione (Progetto pilota SIN di BUSSI). L'ASR-Abruzzo ha già avviato un'indagine preliminare per la valutazione dei potenziali fattori di rischio cancerogeno nei Comuni di Popoli e Bussi sul Tirino, con l'obiettivo primario di raccogliere dati sulla storia clinica, l'esposizione lavorativa, gli stili di vita e lo stato socio-economico di tutti i casi incidenti di tumore riferiti ai residenti nei comuni di Popoli e Bussi sul Tirino, nell'ultimo decennio. Tale analisi è stata intesa come preliminare (ed essenziale per) allo svolgimento di un vero e proprio studio caso-controllo per tentare di definire, con ragionevole grado di sicurezza, se

l'esposizione ad inquinanti ambientali e/o a determinati contesti lavorativi hanno avuto un ruolo causale nello sviluppo di alcune tipologie di tumori, ed in caso affermativo di quantificarne l'entità dei danni per la popolazione residente. In aggiunta a tale studio, concentrato sui tumori, sarà auspicabile anche la conduzione di uno studio di corte retrospettivo sulla mortalità, seguendo l'approccio multiplo utilizzato dallo studio "SENTIERI" per il "caso Taranto" dai ricercatori finanziati dal Ministero della Salute. In questo caso, sono stati svolti tre studi epidemiologici simultaneamente: uno studio caso-controllo per valutare l'associazione tra esposizione ambientale e professionale e rischio di cancro, uno studio di corte retrospettiva per valutare un eventuale aumento del tasso di mortalità standardizzata, generale e causa-specifica, infine un'analisi del trend temporale dello stesso tasso di mortalità.

In aggiunta all'indagine preliminare descritta in precedenza, in fase di avvio ed utile per la raccolta di dati necessari a studi successivi, l'ASR-Abruzzo condurrà uno studio epidemiologico composito, da svolgersi utilizzando lo stesso approccio dello studio SENTIERI (ovvero uno studio di corte ed uno studio caso-controllo retrospettivi da condurre contemporaneamente), al fine da quantificare con un ragionevole grado di certezza l'entità dei danni per la popolazione delle aree comprese nel sito di interesse nazionale Bussi sul Tirino in termini di decessi e neoplasie, e chiarire se e quanto tali danni siano stati causati da esposizione professionale o ambientale a fonti di inquinamento. Durante tale studio, grazie ad un accordo di collaborazione con i laboratori specializzati dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise, saranno anche effettuate analisi di bio-monitoraggio chimico su un campione di popolazione residente, alimenti e animali dalle zone limitrofe alle aree più inquinate, per verificare se le fonti di inquinamento siano tuttora attive. Lo studio viene condotto dall'ASR-Abruzzo all'interno del Registro Tumori Regionale.

ATTIVITA' PRINCIPALI

Realizzazione dello studio epidemiologico composito (corte e caso-controllo retrospettivi) per la valutazione degli effetti sulla salute dell'inquinamento ambientale nelle Aree comprese nel Sito di Interesse Nazionale Bussi sul Tirino, e analisi di bio-monitoraggio su campioni di popolazione, alimenti e animali dalle zone ad alto rischio

TARGET (indicare la fascia di età)	Comunità residente in zone vicine al SIN di Bussi sul Tirino				
SETTING	Scuola	Comunità X	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA, Comuni, MMG, PLS, Ospedali, Registro Tumori regionale				
Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
8.2.1. Accordi interistituzionali per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (Indicatore sentinella)					Accordo approvato
8.2.2 Report ufficiale dei risultati dello studio epidemiologico				Studio concluso	

ANALISI DEI RISCHI

Scarsa partecipazione soggetti coinvolti e difficoltà a livello di privacy e di sistemi informativi.

CRONOPROGRAMMA

	2015	2016	2017	2018
Riunioni tra i rappresentanti degli enti interessati		X		
Stipula degli accordi interistituzionali			X	
Avvio e conduzione dello studio epidemiologico		X		
Analisi e report dei risultati dello studio epidemiologico			X	X

Obiettivo centrale 8.3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali.

RAZIONALE

Il Piano Regionale di Prevenzione individua, nel rispetto del principio di precauzione e del principio di tutela della salute pubblica, nell'ambito della programmazione territoriale, socio-economica ed ambientale rivolta al perseguimento di uno sviluppo sostenibile, la necessità di elaborare una procedura in grado di garantire che le decisioni amministrative, relative ai progetti ed agli interventi di cui alle direttive 85/337 CEE, 97/11 CE, 96/61 CE e 42/2001 CE, alla Valutazione di Impatto Ambientale (VIA) ed alla Valutazione Ambientale Strategica (VAS), siano prese nel rispetto delle esigenze di salvaguardia e tutela:

- a) della salute umana, della conservazione delle risorse, nonché del miglioramento della qualità umana della vita
- b) della protezione e conservazione delle risorse naturali
- c) della sicurezza del territorio.

La valutazione degli impatti di insediamenti, progetti e piani sulla salute, sta assumendo un peso sempre più rilevante nell'ambito della sanità pubblica. E' necessario allargare il concetto di salute a più determinanti al fine di valutare in modo esaustivo i molteplici fattori che possono condizionare lo stato di salute della popolazione.

Una valutazione di questo tipo, non solo richiede la scelta e la combinazione di una moltitudine di evidenze, informazioni di contesto e dati epidemiologici, ma rende indispensabile un approccio multidisciplinare e partecipato, che metta in condivisione diverse esperienze tecniche. C'è un problema di competenze, dunque, ma anche e soprattutto di metodologie che consentano di includere questa attività in quella ordinaria dell'espressione dei pareri del personale dei Dipartimenti di Prevenzione in sede di Conferenza dei Servizi. L'intento di questo strumento è, nelle more dell'emanazione delle linee guida nazionali, quello di mettere a punto e applicare un sistema di valutazione innovativo per l'Abruzzo che combini rigore scientifico nella valutazione dell'impatto ambientale e sanitario, con azioni di coinvolgimento interistituzionali.

EVIDENZE DI EFFICACIA

- Forastiere F., Badaloni C., De Hoog K., Von Kraus M.K., Martuzzi M., et al. (2011) Health impact assessment of waste management facilities in three European countries, *Environmental Health*, 10:53.
- Bianchi F., Buiatti E., Bartolacci S., Linzalone N., Minichilli F., Corti A., Lombardi L., Esperienza di utilizzo della VIS per la localizzazione di un inceneritore nell'area fiorentina, *Epidemiologia e Prevenzione* 30 (1), 2006, pp. 46-54
- Bobbio L., A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2004
- Cori L., Finalità e criticità del processo di comunicazione, in F. Bianchi e P. Comba a cura di, *Indagini epidemiologiche nei siti inquinati: basi scientifiche, procedure metodologiche e gestionali, prospettive di equità*, Rapporti ISTISAN, 06/19, luglio 2006
- Cori L., Bianchi F., Buiatti E., Signani F., Linzalone N., La comunicazione nella valutazione di impatto sulla salute in *Atti del VI Conv Nazionale sulla Comunicazione della Scienza*, Polimetrica, Monza, 2008.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITÀ

La predisposizione di un atto di indirizzo regionale per la valutazione integrata di impatto sanitario prevede la partecipazione degli stessi operatori dei Dipartimenti di Prevenzione che già svolgono attività istituzionale in materia e che, insieme alla popolazione, ne trarrebbero benefici in termini di efficacia ed efficienza nell'espletamento delle proprie attività.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

La definizione del Gruppo regionale per la stesura degli atti di indirizzo, deve essere espressione di tutti gli stakeholders istituzionali (ARTA, ASL, Provincia, Regione). La produzione di tali atti garantirà un'uniformità di metodo nella presentazione e nella conseguente valutazione delle pratiche ambientali per l'espressione dei pareri di competenza, essendo parte della valutazione integrata di impatto sanitario, anche l'analisi degli aspetti socio-economici.

OBIETTIVO SPECIFICO 8.3.1:

Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti

AZIONE: La Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - elabora le linee di indirizzo regionale mediante le seguenti attività, nelle more del recepimento delle Linee guida nazionali

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. costituisce un Gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione della bozza delle linee di indirizzo. I soggetti, nominati dalle istituzioni individuate, Regione-Dipartimenti per la Salute e l'Ambiente, ASL ed ARTA, saranno scelti sulla base della specificità professionalità in materia
2. il Gruppo tecnico elabora una bozza delle linee di indirizzo in tema di valutazione integrata di impatto sulla salute a partire dalla bibliografia esistente in materia
3. la Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - consulta tutti gli Enti interessati ed i portatori di interesse
4. valuta, per il tramite del Gruppo tecnico, i contributi pervenuti dai portatori di interesse e motiva le scelte circa il loro eventuale rigetto/recepimento
5. la Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - adotta le linee d'indirizzo e le comunica agli Enti interessati

TARGET	operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e di ARTA, Province, Dipartimenti della Regione Abruzzo, SUAP e professionisti del settore			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità X	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	Regione, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA, Province, SUAP			

Indicatori di processo Fonte: Regione	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
8.3.1. Elaborazione di Linee Guida regionali da parte del Gruppo tecnico di lavoro	Non rilevato			Elaborazione bozza linee guida	
Adozione da parte della Regione delle linee guida elaborate	Non rilevato				Adozione linee guida

ANALISI DEI RISCHI

Carenza formative degli operatori. Tale criticità verrà superata con il parallelo svolgimento delle attività di formazione di cui al progetto 8.5.

CRONOPROGRAMMA

	2° trim 2016	3° trim 2016	4° trim 2016	1° trim 2017	2° trim 2017	3° trim 2017	4° trim 2017	1° trim 2018	2° trim 2018	3° trim 2018	4° trim 2018
Costituzione di un Gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione delle linee di indirizzo	x	x									
Elaborazione bozza linee di indirizzo da parte del Gruppo tecnico			x	x	x	x		x	x	x	
Consultazione di tutti i portatori di interesse							x				
Atto formale di adozione da parte della Regione delle linee guida elaborate e comunicazione agli Enti											x

Obiettivo centrale 8.4. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti.

RAZIONALE DEL PROGETTO

L'ambiente che ci circonda è di per sé vulnerabile ed è soggetto ad essere deteriorato da fenomeni naturali e/o antropici con conseguenze sulla popolazione che spesso giustificano le preoccupazioni che i cittadini hanno sui potenziali danni alla salute che si potrebbero determinare a seguito del verificarsi dell'evento.

L'esigenza primaria, ogni qualvolta ci si trovi di fronte ad una situazione accertata o presunta di inquinamento, è quella di valutare nel più breve tempo possibile lo stato di salute di chi vive nelle aree interessate dai fenomeni ambientali riscontrati ed attuare le misure di tutela più idonee.

Gli eventi che influenzano sensibilmente l'ambiente possono svilupparsi sia in modo improvviso e violento (alluvione, incendio, ecc.) che in modo lento e misconosciuto (discarica abusiva con contaminazione di falda, diffuso utilizzo di prodotti chimici, ecc.); possono essere conseguenti ad eventi naturali (presenza di suolo contenente sostanze pericolose – es. pietre verdi) che ad azioni umane inconsapevoli o consapevoli; possono essere sia una sorgente puntuale (es. impianto produttivo) che di tipo diffuso (es. inquinamento atmosferico, contaminazione di acque di balneazione, ecc.).

I fenomeni sanitari conseguenti agli eventi impattanti variano notevolmente per tipologia, gravità e per tempo di latenza rispetto al momento di esposizione e per tipologia e durata di esposizione stessa. Data la numerosità delle variabili, la gestione delle problematiche sanitarie (accertate o presunte) attribuibili ad inquinamento ambientale diventa una vera sfida per il mondo sanitario chiamato ad individuare misure di prevenzione primaria finalizzate al maggior contenimento possibile dell'esposizione e di prevenzione secondaria con monitoraggi per diagnosticare e curare le malattie precocemente.

Le Istituzioni trovano notevole difficoltà nell'adottare misure idonee ad eliminare e/o contenere gli inquinanti. Spesso le disposizioni attuate sono drammatiche ed impopolari (es. divieto di utilizzo di acque potabili, divieto di balneazione, divieti d'uso agricolo di siti inquinati, ecc.) e le misure risolutive sono solitamente costose, molto complesse e tardive rispetto ai fenomeni sanitari riscontrati.

Ad oggi gli strumenti a disposizione per valutare l'impatto sulla salute di eventi ambientali sono i dati di mortalità, il registro tumori (ove esistente), il registro malformazioni congenite (ove esistente), le SDO e le conseguenti indagini epidemiologiche. Data l'esigenza di "tempestività" di lettura, soprattutto nei casi di emergenza ambientale, questi strumenti, pur producendo dati estremamente utili, non consentono ancora una sorveglianza orientata al monitoraggio dell'impatto dei fenomeni ambientali sulla salute in tempo utile per intraprendere azioni di contenimento. In alcuni casi ci si è avvalsi di studi di confronto tra aree diverse e ricerca di malattie "sentinella" associate a presenza di inquinanti specifici, che hanno affiancato gli strumenti precedentemente elencati.

La corretta gestione delle problematiche sanitarie contempla al suo interno la corretta trasmissione delle informazioni in modo tale da non essere né allarmanti (da generare disposizioni di "emergenze sanitarie" immotivate) né rassicuranti (da indurre una sottovalutazione dell'inquinamento esistente ed un rifiuto delle soluzioni proposte).

Al fine di definire modalità di corretta gestione di problematiche sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale, sarà costituito un gruppo di lavoro che elaborerà atti di indirizzo regionale in merito.

Il documento includerà:

- definizione delle metodologie più appropriate per l'indagine e la caratterizzazione del rischio sanitario correlato alla presenza di un dato inquinante.
- modalità di supporto alle Istituzioni ai fini dell'identificazione di strategie e/o azioni tese a prevenire o mitigare effetti sanitari avversi
- modalità di comunicazione delle problematiche sanitarie eventualmente attribuibili all'inquinamento accertato e delle relative misure di contenimento da adottare

EVIDENZE DI EFFICACIA: non presenti.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITÀ

La predisposizione di un atto di indirizzo regionale per la gestione delle problematiche sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale prevede la partecipazione delle Istituzioni/Servizi che già svolgono attività istituzionale in materia e che ne trarrebbero benefici in termini di efficacia ed efficienza nella tutela della salute della popolazione.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

L'esistenza di atti di indirizzo regionale nella gestione di problematiche sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale costituirà un primo passo nella tutela della salute di tutti i soggetti esposti ad un dato inquinante. Ciò comporterà, secondo modalità che saranno definite, anche la presa in carico di individui appartenenti a fasce disagiate della popolazione che beneficeranno di provvedimenti di cui non avrebbero potuto disporre di propria iniziativa.

OBIETTIVI SPECIFICI

8.4.1 Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale.

OBIETTIVO SPECIFICO 8.4.1:

Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale

AZIONE 1. La Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - elabora le linee di indirizzo regionale per la gestione delle problematiche sanitarie legate all'inquinamento ambientale mediante le seguenti attività.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. Costituzione di un Gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione della bozza delle linee di indirizzo. I soggetti, nominati dalle Istituzioni individuate (ASL, IZSAM ed ARTA), saranno scelti sulla base della specificità professionalità in materia
2. il Gruppo tecnico elabora una bozza delle linee di indirizzo per la gestione delle problematiche sanitarie legate all'inquinamento ambientale includendo i dati della rete sanitaria (8.1.2), e tenendo conto le indicazioni sulla comunicazione del rischio (8.6.1)
3. la Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - adotta le linee d'indirizzo e le comunica agli Enti interessati

TARGET	popolazione				
SETTING	Scuola	Comunità	Ambienti sanitari x	Ambienti di lavoro	
INTERSETTORIALITÀ	Regione, ASL, ARTA, IZSAM				
Indicatori di processo Fonte: Regione	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
8.4.1. Elaborazione atti di indirizzo da parte del Gruppo tecnico di lavoro	Non rilevato				Adozione atto di indirizzo

ANALISI DEI RISCHI

- Mancato/insufficiente apporto del contributo tecnico-scientifico da parte dei vari attori previsti nella stesura delle linee guida
- Carenza formative degli operatori. Tale criticità verrà superata con l'attuazione del processo di formazione di cui al progetto 8.5.

CRONOPROGRAMMA

	3° trim 2016	4° trim 2016	1° trim 2017	2° trim 2017	3° trim 2017	4° trim 2017	1° trim 2018	2° trim 2018	3° trim 2018	4° trim 2018
Costituzione di un Gruppo tecnico per lo sviluppo delle linee di indirizzo	x									
Elaborazione linee di indirizzo da parte del Gruppo tecnico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Adozione da parte della Regione delle linee guida e comunicazione agli Enti										x

Obiettivo centrale 8.5. Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio.

RAZIONALE DEL PROGETTO

L'ambiente ha un'influenza sullo stato di salute delle persone pertanto le conoscenze scientifiche sul nesso tra ambiente e salute sono fondamentali per le azioni di sanità pubblica.

Da una parte si rendono quindi necessari interventi di contrasto delle ricadute sanitarie negative che l'ambiente può produrre sulla salute umana mediante azioni volte all'individuazione e alla rimozione dei fattori di rischio sanitari. D'altra parte il contesto ambientale rappresenta un'enorme risorsa per favorire la salute umana e la qualità di vita. La conoscenza dei determinanti ambientali positivi e l'utilizzo appropriato degli strumenti di pianificazione del territorio, rappresentano una risorsa molto efficace per tutelare la salute della collettività. Infine, fondamentale è la formazione in materia dei MMG e dei PLS, che per il loro stretto rapporto con la popolazione, ricoprono un ruolo strategico per la gestione delle patologie correlate agli aspetti ambientali.

E' pertanto di primaria necessità garantire specifiche conoscenze sull'integrazione ambiente/salute, sulla valutazione di impatto e di danno sanitario e sulla comunicazione del rischio agli operatori della salute e dell'ambiente, chiamati sempre più frequentemente ad operare un primo screening in materia producendo una risposta istituzionale appropriata.

Tale progetto è così fondamentale e strategico per la salute delle persone che è intenzione del Ministero della Salute affiancare questa attività formativa regionale fornendo, attraverso un "azione centrale", un curriculum formativo specifico per profilo. Pertanto, nelle more dell'elaborazione di tale curriculum formativo nazionale, la Regione Abruzzo procederà all'elaborazione di un proprio percorso di studi sulla base del quale saranno realizzate le attività formative.

EVIDENZE DI EFFICACIA: non presenti.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITÀ

La sostenibilità del progetto è legata alla individuazione di un gruppo di lavoro regionale composto dai soggetti interessati che, sulla base delle proprie professionalità, individuano delle esigenze formative in materia ambiente/salute degli operatori dell'ambiente e della sanità. Le azioni di formazione che si attueranno hanno l'intento di aumentare le conoscenze degli operatori in tali tematiche e nella loro stretta connessione in modo da rendere le attività dei singoli più efficaci ed efficienti nel rispondere alle esigenze della popolazione, favorendo una maggiore collaborazione tra istituzioni e migliorando la gestione delle patologie legate a problemi ambientali.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Calendario degli eventi formativi

Registro presenze degli eventi di formazione

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE: non individuabile

OBIETTIVI SPECIFICI

8.5.1 definizione di un curriculum formativo

8.5.2 realizzazione di corsi di formazione per i formatori

8.5.3 proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica

OBIETTIVO SPECIFICO 8.5.1:

Definizione di un curriculum formativo

AZIONE 1: La Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare definisce un curriculum formativo per gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio, nelle more degli indirizzi ministeriali.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. Costituisce un Gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione del curriculum formativo per gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio composto da personale ASL, ARTA, IZSAM, ASR e rappresentante dei MMG e dei PLS, individuati sulla base della specificità professionalità in materia dai rispettivi Enti e rappresentanze
2. Elaborazione da parte del Gruppo tecnico della bozza del curriculum formativo prioritariamente per i MMG e PLS ed a seguire per gli operatori dell'ambiente e della sanità
3. Recepimento dei curricula formativi da parte della Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare

TARGET	Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dell'ARTA, MMG, PLS				
SETTING	Scuola	Comunità	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti della Regione Abruzzo, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA, ISZAM, ASR, MMG, PLS				
Indicatori di processo Fonte: Regione	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
8.5.1. Recepimento curriculum formativo da parte della Regione	Non rilevato		documento di recepimento di un curriculum		

OBIETTIVO SPECIFICO 8.5.2:

Realizzazione di corsi di formazione per i formatori.

AZIONE 2: La Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - organizza almeno un corso di formazione per formatori (personale dell'Ente formato ai fini della realizzazione della formazione a cascata degli altri operatori) sulla base dei curricula formativi elaborati

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. Organizzazione di evento/i per la formazione dei formatori e lo/li accredita per le figure professionali interessate
2. Comunicazione del calendario evento/i agli Enti interessati
3. Produzione di un report dell'attività svolta nella formazione dei formatori

TARGET	Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione ASL, dell'ARTA, dell'ISZAM,				
SETTING	Scuola	Comunità	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti della Regione Abruzzo, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA, ISZAM, ASR				
Indicatori di processo Fonte: Regione	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
8.5.2. Corsi di formazione per formatori				Report di almeno un corso per formatori	
% di operatori formati					50%

OBIETTIVO SPECIFICO 8.5.3:

Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica

AZIONE 3: La Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - si attiva per l'inserimento degli eventi formativi nel programma di aggiornamento dei MMG e PLS che si avvarranno dei formatori precedentemente formati al fine di raggiungere il 50% degli operatori regionali

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. Inserimento del curriculum formativo nel percorso di aggiornamento dei MMG e PLS previsto al Programma n°5 "Operatori sanitari promotori di salute" dotato di proprio calendario
2. Produzione di materiale informativo da distribuire ai MMG e PLS

TARGET	MMG e PLS				
SETTING	Scuola	Comunità	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti della Regione Abruzzo, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA, ISZAM, ASR, MMG, PLS.				
Indicatori di processo Fonte: Regione	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
8.5.3. Percentuale di operatori che hanno beneficiato di formazione specifica					50%

ANALISI DEI RISCHI

Difficoltà nell'individuazione dei docenti dei formatori considerata la specificità delle competenze richieste.

CRONOPROGRAMMA

	2° trim 2016	3° trim 2016	4° trim 2016	1° trim 2017	2° trim 2017	3° trim 2017	4° trim 2017	1° trim 2018	2° trim 2018	3° trim 2018	4° trim 2018
Gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione del curriculum formativo	x										
Elaborazione curricula formativi		x	x	x	x	x	x				
recepimento dei curricula formativi da parte della Regione Abruzzo			x	x	x	x	x				
Organizza ed accredita eventi formativi di formatori				x	x	x	x	x	x	x	x
comunica il calendario agli Enti interessati					x	x		x			
produce un report dell'attività svolta nella formazione dei formatori							x				x
inserisce il curriculum formativo nel percorso di aggiornamento dei MMG e PLS						x	x				
materiale informativo da distribuire ai MMG e PLS					x	x	x				
report dell'attività svolta da ogni ASL con l'indicazione dei MMG e PLS formati											x

Obiettivo centrale 8.6. Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico

RAZIONALE DEL PROGETTO

L'obiettivo di questo progetto è costruire uno strumento che, applicato in modo sistematico e con procedura definita, consenta scambio di informazioni tra gli esperti, le Pubbliche Amministrazioni, i mass media, i cittadini ed i gruppi di interesse riguardanti tecnologie, fenomeni, eventi con possibili effetti dannosi sulla salute e/o sull'ambiente, finalizzato ad avere una percezione corretta del rischio e aiutare i Decisori a intraprendere adeguate azioni di gestione del rischio stesso.

Per avviare un processo virtuoso e comunicare il rischio in modo da motivare la collaborazione da parte di tutti i portatori di interesse a supporto dei Decisori nell'adozione di misure efficaci e appropriate, è indispensabile che vi sia fiducia tra i diversi attori coinvolti nei processi di comunicazione. Ciò riguarda in primo luogo le istituzioni, che hanno bisogno urgente di confermare e accrescere la loro autorevolezza.

Si rende pertanto necessario strutturare un sistema di comunicazione che consenta di individuare, per ogni problematica d'interesse, cosa deve essere comunicato, chi sono gli attori coinvolti, chi assume il ruolo di comunicare e come farlo e chi ha potere decisionale sulle azioni da intraprendere. E' necessario quindi determinare un empowerment della comunità stessa con ricadute positive sul funzionamento del sistema salute.

Il confronto con una materia tanto articolata con la quale si confrontano quotidianamente le amministrazioni pubbliche interessate dalla tematica ambiente/salute, richiede un indirizzo univoco a livello nazionale.

E' intenzione del Ministero della Salute portare avanti un "azione centrale" per la Governance di un sistema complesso come ambiente e salute mediante elaborazione di Linee Guida per la comunicazione del rischio per supportare gli obiettivi regionali in merito.

Nelle more dell'emanazione Linee Guida nazionali e loro conseguente recepimento, la Regione Abruzzo definirà linee di indirizzo che consentiranno una comunicazione del rischio in tema di ambiente e salute in modo strutturato e sistematico.

EVIDENZE DI EFFICACIA: non presenti.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA': la predisposizione di un atto di indirizzo regionale per comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico prevede la partecipazione degli stessi attori (Istituzioni, stakeholder, mass media) già coinvolti a vario titolo nella gestione di problematiche di ambiente e salute. Ciò comporta sostenibilità dal punto di vista di tempo e di risorse economiche in quanto gli operatori interessati sono in maggioranza già inclusi in rapporti di lavoro e/o associativi con le Istituzioni o Associazioni coinvolte che dovrebbero sostenere le attività avendone un tornaconto di efficacia ed efficienza nei propri obiettivi istituzionali. Ciò facilita la messa a sistema del processo.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE: l'implementazione del progetto, coinvolgendo tutte le Istituzioni, gli stakeholders e i singoli cittadini comporta una migliore comprensione del rischio il che può contribuire ad evitare azioni che, scaturite da un'alterata percezione dello stesso, possono aggravare condizioni di disuguaglianza già esistenti.

OBIETTIVO SPECIFICO 8.6.1:

Adozione linee di indirizzo per la Regione Abruzzo in tema di comunicazione del rischio in modo strutturato e sistematico

AZIONE: La Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - elabora le linee di indirizzo regionale mediante le seguenti attività, nelle more del recepimento delle Linee guida nazionali.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. Costituisce un Gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione della bozza delle linee di indirizzo. I soggetti, nominati da parte delle ASL, dell'ARTA e dell'IZSAM, saranno individuati sulla base della specificità professionalità in materia. Qualora ritenuto opportuno il Dipartimento per la Salute ed il Welfare può affiancare al Gruppo, su richiesta dello stesso, anche soggetti di Istituzioni diverse
2. Incarica il Gruppo di elaborare una bozza delle linee di indirizzo in tema di comunicazione del rischio

3. Consulta tutti i portatori di interesse (Dipartimenti Regione Abruzzo, ASL, ARTA, IZSAM, Province API, Comuni ANCI, MMG, PLS, Associazione categoria Giornalisti, Associazioni Ambientaliste, Rappresentanti della Cittadinanza, ecc.) mediante pubblicazione on-line sul sito web della Regione Abruzzo della Bozza elaborata dal Gruppo di lavoro e definendo la tempistica per gli eventuali contributi alla bozza proposta.
4. Contestualmente invia agli stessi portatori di interesse mail informativa circa l'avvenuta disponibilità on-line della bozza delle linee di indirizzo
5. la Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - adotta le linee d'indirizzo

TARGET (indicare la fascia di età)	Comunità				
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input checked="" type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	Istituzioni pubbliche (ASL, ARTA, Regione, Province-API, Comuni-ANCI, MMG, PLS, Associazione categoria Giornalisti, Associazioni Ambientaliste, Rappresentanti della Cittadinanza)				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Elaborazione bozza di linee d'indirizzo	Non rilevato			Elaborazione di bozza di linee di indirizzo	
8.6.1. Adozione Linee di indirizzo regionali	Non rilevato				Adozione Linee di indirizzo atto formale

ANALISI DEI RISCHI

- Difficoltà nella redazione delle linee di indirizzo tenuto conto della carenza di fonti ufficiali.
- Scarso riscontro in fase di consultazione da parte dei portatori di interesse.

CRONOPROGRAMMA

	2° trim 2016	3° trim 2016	4° trim 2016	1° trim 2017	2° trim 2017	3° trim 2017	4° trim 2017	1° trim 2018	2° trim 2018	3° trim 2018	4° trim 2018
Costituzione di un Gruppo tecnico di lavoro proponente la bozza delle linee di indirizzo		x	x								
Elaborare di una bozza delle linee di indirizzo in tema di comunicazione del rischio da parte del Gruppo costituito			x	x	x	x					
Consulta tutti i portatori di interesse mediante pubblicazione on-line sul sito web della Regione Abruzzo della Bozza recepita.							x				
Invio mail informativa circa l'avvenuta disponibilità on-line della bozza delle linee di indirizzo.							x				
Valuta i contributi pervenuti dai portatori di interesse								x			
Tramite il Gruppo tecnico, elabora il documento finale delle linee di indirizzo									x		
Adotta le linee d'indirizzo											x

Obiettivo centrale 8.7. Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi.

RAZIONALE DEL PROGETTO

Con questo progetto si vogliono continuare le azioni già intraprese consolidando e potenziando la struttura di vigilanza e controllo della Regione Abruzzo, che assicura il rispetto degli obiettivi fissati annualmente dai Piani di Controllo Nazionali (REACH e CLP), estende gli interventi al settore dei Fitosanitari e tiene conto delle indicazioni del Tavolo Tecnico Regionale di Integrazione Ambiente e Salute (8.1) impegnandosi ad uniformare le attività di vigilanza sul territorio.

Al fine di raggiungere tale obiettivo è necessario sviluppare ulteriormente le capacità di vigilanza, controllo ed ispezione, rafforzando ed uniformando le procedure di valutazione adottate dagli operatori e condividendo esperienze e problematiche rinvenute nel territorio, attraverso il confronto degli ispettori con la coordinazione dall'Autorità Competente regionale (individuata nella Direzione Politiche della Salute per effetto della DGR n. 242 del 22.03.10 che recepiva l'Accordo Stato-Regioni n. 181 del 29/10/09) fornendo allo stesso il necessario supporto tecnico-scientifico.

La trasversalità dei Regolamenti REACH e CLP, così come già evidenziatasi dalle esperienze maturate, pone la necessità di ridefinire il Gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale (già modificato secondo le necessità di implementazione dei Regolamenti comunitari) includendovi i diversi Settori regionali interessati dall'attività di vigilanza.

L'insieme degli ispettori unitamente all'ARTA, costituirà l'expertise a supporto dell'Autorità Competente Regionale e del Gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale. Tale supporto verrà reso in modalità congiunta ed espressa nelle forme istituzionali.

Ai fini della necessaria omogeneità dell'attività di vigilanza saranno definite procedure operative specifiche.

EVIDENZE DI EFFICACIA: non presenti.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA': il Gruppo di Coordinamento Regionale è già costituito e la rete dei controlli è già predisposta in tutte le ASL ed è operativa; entrambi sono coordinati dall'Autorità Competente regionale. Pertanto gli interventi previsti si inseriscono in un'attività istituzionale già in essere seppur non a regime in tutto il territorio.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA: le ASL effettueranno una rendicontazione annuale all'Autorità Competente Regionale circa le attività di controllo svolte in riferimento al Piano Regionale per il periodo di riferimento.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE: non pertinente.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- 8.7.1. Integrazione del Gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale con presenza di Settori regionali interessati alle attività di vigilanza
- 8.7.2. Fornitura di un supporto tecnico scientifico all'Autorità Competente Regionale ed al Gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale
- 8.7.3. Elaborazione di procedure operative di vigilanza
- 8.7.4. Implementazione della vigilanza relativa ai Piani annuali della Regione Abruzzo rispetto al Piano Nazionale dei Controlli Regolamenti REACH/CLP
- 8.7.5. Implementazione dei Piani annuali della Regione Abruzzo rispetto all'applicazione dei Regolamenti REACH/CLP con particolare riferimento a sostanze/miscele contenute nei fitosanitari

Obiettivo specifico 8.7.1:

Integrazione del Gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale con presenza di Settori regionali interessati alle attività di vigilanza affinché sia espressione di tutti i portatori di interesse in tema di ambiente, salute ed imprenditorialità.

AZIONE 1: Ridefinizione da parte della Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute e per il Welfare - del Gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale (già istituito con individuazione di competenze nella D.G.R. 242/2010).

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. L'Autorità Competente Regionale (Dipartimento per la Salute e per il Welfare) individua i settori intra/inter istituzionali coinvolti nelle attività di vigilanza
2. richiede ai rispettivi Responsabili dei Settori/Servizi interessati la nomina di Referenti
3. atto formale di ridefinizione del Gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale sulla base delle nomine dei Referenti ricevute

TARGET (indicare la fascia di età)	Operatori ASL, ARTA e Funzionari Regione Abruzzo				
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regione Abruzzo, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Atto formale di ridefinizione del Gruppo di Coordinamento regionale	esistente		Atto formale		

Obiettivo specifico 8.7.2:

Assicurare un supporto tecnico scientifico all'Autorità Competente Regionale ed al Gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale

AZIONE 2: Strutturazione da parte della Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute e per il Welfare - di un Gruppo a supporto tecnico scientifico.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. Richiesta all'ARTA di personale da includere nel Gruppo Tecnico-scientifico
2. Istituzione del Gruppo Tecnico-scientifico comprendente gli ispettori già individuati all'interno delle ASL con atti formali e i rappresentanti ARTA
3. Definizione delle modalità operative di consultazione del Gruppo; è preferibile a tal fine, attivare un sistema informatizzato accessibile ai soli componenti del Gruppo
4. Comunicazione agli Enti interessati dell'esistenza del Gruppo

TARGET (indicare la fascia di età)	Operatori ASL ARTA e Funzionari Regione Abruzzo				
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regione Abruzzo, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Atto formale di istituzione del Gruppo	Non rilevato		Atto formale		

**Obiettivo specifico 8.7.3:
Elaborazione procedure operative di vigilanza**

AZIONE 3: Elaborare procedure per l'espletamento delle attività di vigilanza.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. il Gruppo Tecnico-scientifico elabora una bozza di procedure operative
2. Invia la bozza all'Autorità Competente Regionale ed al Gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale
3. l'Autorità Competente Regionale, fatta la valutazione di merito, recepisce le procedure operative con atto formale
4. pubblicazione delle procedure

TARGET (indicare la fascia di età)	Operatori ASL, ARTA e Funzionari Regione Abruzzo				
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regione Abruzzo, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Elaborazione bozza procedure	Non rilevato			Produzione bozza	
Recepimento procedure con atto formale	Non rilevato				Atto formale

**Obiettivo specifico 8.7.4:
Implementazione della vigilanza relativa ai Piani annuali della Regione Abruzzo rispetto al Piano Nazionale dei Controlli Regolamenti REACH/CLP**

AZIONE 4: Adozione Piano Regionale dei controlli e verifica attuazione Piano Nazionale dei controlli.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. il Gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale, visto il Piano Nazionale dei controlli, visti gli obiettivi del presente programma in materia di fitosanitari, tenuto conto delle indicazioni del Tavolo T.R.I.A.S. (obiettivo centrale 8.1) propone il Piano Regionale dei controlli all'Autorità Competente Regionale
2. la Giunta Regionale delibera il Piano Regionale dei controlli su proposta dell'Autorità Competente Regionale
3. le ASL rendicontano all'Autorità Competente regionale i controlli effettuati relativamente a quanto indicato nei Piani Nazionali dei controlli

TARGET (indicare la fascia di età)	Operatori ASL, ARTA e Funzionari Regione Abruzzo				
SETTING	Scuola	Comunità	Ambienti sanitari	Ambienti di lavoro X	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regione Abruzzo, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA, Dipartimento sviluppo economico e politiche agricole				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018

8.7.1. Adozione Piano Regionale dei Controlli, ovvero di un sistema di indicatori che monitori la realizzazione degli obiettivi del Piano Nazionale Controlli	esistente	X	X	X	X
Rendicontazione da parte delle ASL	esistente	X	X	X	X

Obiettivo specifico 8.7.5

implementazione dei Piani annuali della Regione Abruzzo rispetto all'applicazione dei Regolamenti REACH/CLP con particolare riferimento a sostanze/miscele contenute nei fitosanitari

AZIONE 5: verifica da parte dell'Autorità Competente Regionale dei controlli effettuati sui fitosanitari, due nel 2017 e due nel 2018.

ATTIVITA' PRINCIPALI

Le ASL rendicontano all'Autorità Competente regionale i controlli effettuati relativamente a quanto indicato nel Piano regionale dei controlli per l'aspetto dei fitosanitari

TARGET (indicare la fascia di età)	Operatori ASL, ARTA e Funzionari Regione Abruzzo				
SETTING	Scuola	Comunità	Ambienti sanitari	Ambienti di lavoro X	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regione Abruzzo, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA, Dipartimento sviluppo economico e politiche agricole				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Rendicontazione da parte delle ASL dei controlli sui fitosanitari	Non rilevato			Rendicontazione di 2 controlli	Rendicontazione di 2 controlli

ANALISI DEI RISCHI

- Partecipazione ARTA.
- Carenza formativa degli operatori.

CRONOPROGRAMMA

	4 ° trim 2015	1° trim 2016	2° trim 2016	3° trim 2016	4° trim 2016	1° trim 2017	2° trim 2017	3° trim 2017	4° trim 2017	1° trim 2018	2° trim 2018	3° trim 2018	4° trim 2018
AZIONE 8.7.1													
Attività 1			x										
Attività 2			x	x									
Attività 3					x								
AZIONE 8.7.2													
Attività 1	x												
Attività 2		X											
Attività 3			x										
Attività 4				x									
AZIONE 8.7.3													
Attività 1								x					
Attività 2								x					
Attività 3											x		
Attività 4													
AZIONE 8.7.4													
Attività 1		x				x				x			
Attività 2		x				x				x			
Attività 3					x				x				x
AZIONE 8.7.5													
Attività 1									x				x

Obiettivo centrale 8.8. Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese ed i loro responsabili ambientali ed RSPP all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche.

RAZIONALE DEL PROGETTO

L'impiego diffuso di sostanze chimiche in quanto tali, nelle miscele e negli articoli, la complessità della materia e l'intersectorialità che li connota fa sì che la formazione e l'informazione su REACH e CLP rivesta un ruolo prioritario tanto per gli operatori di vigilanza quanto per le imprese ed i loro responsabili dell'ambiente e della sicurezza.

La Regione Abruzzo intende supportare l'attività di vigilanza REACH/CLP accrescendo le competenze degli ispettori REACH delle Autorità competenti locali organizzando eventi formativi e di aggiornamento attraverso la ricaduta regionale degli eventi di training ECHA/FORUM e prevedendo momenti dedicati alla condivisione delle esperienze per accrescere ed omogeneizzare le conoscenze.

Parallelamente la Regione desidera informare ed assistere sull'uso e la gestione delle sostanze chimiche le imprese ed i loro Responsabili dell'Ambiente e della Sicurezza con e percorsi informativi specifici sulla normativa di settore inerente la sicurezza chimica.

A tal fine, anche in relazione alle indicazioni suggerite dall'Agenzia Europea per il rischio chimico – ECHA, la Regione Abruzzo ritiene fondamentale rafforzare il processo di formazione, già avviato, degli operatori dei Servizi Pubblici sui temi della sicurezza chimica in relazione alle necessità di aumentare la diffusione dell'informazione degli adempimenti e degli obblighi derivanti dai Regolamenti comunitari tra cui REACH e CLP, fitosanitari, ecc. A supporto delle imprese si prevede anche la creazione di una pagina web sul sito della Regione Abruzzo dedicata alla tematica, l'organizzazione di eventi rivolti alle imprese coinvolgendo le associazioni di categoria e la sperimentazione di uno sportello informativo presso le ASL.

EVIDENZE DI EFFICACIA: non presenti.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA': La sostenibilità nel tempo del progetto formativo è giustificata dal fatto che i benefici hanno una ricaduta diretta ed immediata sia nelle attività degli ispettori REACH/CLP, sia degli operatori sanitari interessati dal progetto 7.8 (fitosanitari), sia degli altri operatori dei Servizi Pubblici coinvolti quali portatori di interesse nelle attività istituzionali (tavoli, gruppi, ...), sia degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, sia dei responsabili dell'ambiente ed RSPP delle aziende.

Inoltre parte del progetto formativo può essere sostenuto da Operatori regionali già formati in tematiche specifiche.

La sostenibilità della realizzazione di eventi informativi rivolti alle imprese è dato dal coinvolgimento in fase organizzativa delle associazioni di categoria il cui interesse è stato già manifestato in merito ai Regolamenti REACH e CLP.

Infine, gli ispettori REACH/CLP di fatto già svolgono attività di sportello informativo rispondendo, anche se in modo non strutturato, alle richieste del mondo imprenditoriale.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE: La predisposizione di pagine web in materia, l'attivazione di uno sportello informativo presso le Autorità Locali Competenti ai controlli REACH/CLP e lo svolgimento di incontri tematici rivolti ai destinatari del Regolamento diffonderà informazioni in modo omogeneo contrastando le diseguaglianze che si vengono a formare a causa della difficoltà di accesso alle informazioni.

OBIETTIVI SPECIFICI

- 8.8.1 Formare gli operatori dei Servizi Pubblici sull'applicazione della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze /miscele chimiche in genere
- 8.8.2 Organizzare eventi di aggiornamento degli operatori di vigilanza REACH/CLP
- 8.8.3 Supportare ed assistere le imprese ed i loro Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione ed ambientali interessati all'uso ed alla gestione delle sostanze chimiche.

Obiettivo specifico 8.8.1

Formare gli operatori dei Servizi Pubblici sull'applicazione della sicurezza chimica e prevalentemente addetti al controllo delle sostanze /miscele chimiche in genere

AZIONE: Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - organizza eventi formativi destinati ai formatori dei Servizi Pubblici addetti alla vigilanza delle sostanze pericolose.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. Effettua una ricognizione dei Servizi pubblici esistenti sul territorio che hanno competenze istituzionali in tema di controllo sulle sostanze chimiche individuando i relativi formatori (personale dell'Ente individuato per ricevere la formazione ai fini della formazione a cascata degli altri operatori)
2. Effettua, per il tramite dei Responsabili dei Servizi pubblici di cui al punto precedente, un'analisi dei fabbisogni formativi tenuto conto anche delle prevedibili ricadute anche in previsione dell'entrata in vigore di nuove normative
3. definisce il programma formativo per i formatori dei Servizi Pubblici
4. predispone un calendario di eventi formativi di formatori procedendo, eventualmente, all'accREDITAMENTO per le figure professionali

TARGET (indicare la fascia di età)	Operatori ASL, ARTA e Funzionari Regione Abruzzo				
SETTING	Scuola	Comunità X	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regione Abruzzo, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
8.8.1. Corso di formazione nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche					1 evento

Obiettivo specifico 8.8.2

Aumentare le conoscenze degli operatori uniformando nel contempo le attività di vigilanza REACH/CLP nel territorio regionale

AZIONE 2: Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - organizza eventi di aggiornamento e approfondimento per gli operatori di vigilanza REACH/CLP.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. organizza corsi di ricaduta regionale degli eventi di training ECHA/FORUM e dei corsi nazionali in tema di vigilanza REACH/CLP procedendo, eventualmente all'accREDITAMENTO per le figure professionali
2. predispone periodici momenti di confronto degli Ispettori dedicati alla condivisione delle esperienze di vigilanza

TARGET (indicare la fascia di età)	Operatori ASL, ARTA e Funzionari Regione Abruzzo				
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimento per la Salute ed il Welfare, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Evento formativo di ricaduta di corsi/eventi nazionali (a)		x			

(a) trattandosi di formazione a cascata, gli eventi seguiranno nel tempo le iniziative di ECHA e/o Ministeriali

Obiettivo specifico 8.8.3

Supportare ed assistere le imprese ed i loro Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione ed ambientali interessati all'uso ed alla gestione delle sostanze chimiche

AZIONE 3: Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare - supporta le Aziende attraverso iniziative di divulgazione di informazioni riguardanti il corretto uso e gestione delle sostanze chimiche

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. Organizzazione di eventi informativi su REACH/CLP/sostanze chimiche rivolti alle imprese e ai loro responsabili dell'ambiente e della sicurezza nei luoghi di lavoro coinvolgendo fin dalle fasi iniziali le associazioni di categoria
2. Realizzazione di una pagina web informativa in materia di REACH/CLP/sostanze chimiche sul sito della Regione
3. Sperimentazione con azione pilota di uno sportello informativo presso almeno una ASL, individuata preliminarmente, rivolto alla popolazione e al mondo imprenditoriale con accesso mediante appuntamento

TARGET (indicare la fascia di età)	Operatori ASL ARTA e Funzionari Regione Abruzzo, Associazioni di categoria				
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità X	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro X	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regione Abruzzo, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA, Associazioni di categoria				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Evento informativo			X		

ANALISI DEI RISCHI:

- Scarsa partecipazione delle imprese con particolare riferimento alle piccole e micro imprese.
- La scarsa partecipazione delle imprese agli eventi organizzati sarà contrastata con il coinvolgimento in fase iniziale delle maggiori associazioni di categoria e pubblicizzazione degli eventi con congruo anticipo.

CRONOPROGRAMMA

	3° trim 2015	4° trim 2015	1° trim 2016	2° trim 2016	3° trim 2016	4° trim 2016	1° trim 2017	2° trim 2017	3° trim 2017	4° trim 2017	1° trim 2018	2° trim 2018	3° trim 2018	4° trim 2018
AZIONE 8.8.1														
Attività 1							x	x						
Attività 2									x	x				
Attività 3											x			
Attività 4												x	x	x
AZIONE 8.8.2														
Attività 1		x*												
Attività 2				x				x				x		
AZIONE 8.8.3														
Attività 1				x										
Attività 2				x										
Attività 3												x		

Obiettivo centrale 8.10. Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon.

RAZIONALE

L'uomo utilizza più risorse naturali rispetto a quelle che la terra può produrre, innescando un "debito ecologico" da cui è difficile rientrare. Il settore residenziale e terziario rappresenta una quota significativa del consumo complessivo di energia. L'ecocompatibilità diventa, quindi, un aspetto fondamentale nella costruzione e nella ristrutturazione degli edifici in quanto permette la riduzione dell'impatto ambientale, e, con il miglioramento della qualità dell'ambiente, la salvaguardia della salute dell'intera collettività. Per questi motivi lo sviluppo di soluzioni per un'edilizia sostenibile si fa sempre più urgente e necessario.

Se si considera che nelle società sviluppate le persone trascorrono il 90% del proprio tempo in ambienti chiusi e che il 50% della popolazione mondiale vive 'stipata' nei principali centri urbani-industriali si può facilmente comprendere la portata del problema per la sanità pubblica, quando gli edifici siano costruiti senza i criteri della ecocompatibilità.

Il settore edilizio ha, dunque, un ruolo centrale sia nell'attuazione di politiche di sviluppo sostenibile e di risparmio energetico sia nell'adozione di sistemi di costruzione che garantiscano un idoneo ambiente indoor, eliminando o riducendo al minimo l'esposizione a sostanze nocive per la salute, come il radon, uno dei principali inquinanti dell'aria indoor, classificato come agente cancerogeno di gruppo 1 (IARC/OMS, 2001) e responsabile del 50% circa dell'esposizione media delle persone a radiazioni ionizzanti.

Con questo progetto si vuole promuovere un'azione di sensibilizzazione rivolta alla popolazione ed agli operatori del settore edilizio (amministratori, programmatori, ingegneri, architetti, geometri, imprese) in merito alla necessità di adottare, in maniera routinaria e non solo come esempi sperimentali, pratiche di costruzione, ristrutturazione o semplice manutenzione degli edifici che rispondano ai requisiti di sostenibilità ed eco compatibilità.

Il progetto si inquadra nell'azione complessiva di radioprotezione che interessa la popolazione generale per le esposizioni ambientali, i pazienti per l'esposizione da esami diagnostici e terapie (L. 187/2000), i lavoratori per esposizioni di natura professionale.

Affinché l'intervento sia omogeneo in tutta la regione, si pone la necessità di definire un gruppo di coordinamento regionale per l'elaborazione di linee guida e procedure operative, la vigilanza sulla corretta esecuzione del progetto e la raccolta continua e sistematica dei dati relativi all'andamento del Programma.

Il progetto può costituire l'occasione per realizzare interventi di informazione ed aggiornamento nonché per creare sinergie e collaborazioni tra vari enti ai fini della prevenzione e della riduzione delle esposizioni a sostanze dannose per la salute umana e per l'ambiente.

EVIDENZE DI EFFICACIA: : In tema di eco sostenibilità ed eco compatibilità nel settore edilizio non risultano poste in atto iniziative organiche nella realtà regionale.

Non si dispone, pertanto, di indicatori quantitativi di efficacia relativi ad interventi pregressi di natura assimilabile a quello proposto in questa sede.

Risultano, d'altro canto, a livello nazionale, numerose evidenze scientifiche che hanno orientato l'emanazione di linee guida e raccomandazioni in materia di costruzioni ecocompatibili ed ecosostenibili, con specifico riferimento alla riduzione dell'esposizione al radon, quali, ad esempio:

- Nuova Prassi di Riferimento nota come UNI/PdR 13:2015 "Sostenibilità ambientale nelle costruzioni – Strumenti operativi per la valutazione della sostenibilità" approvato dal Consiglio Direttivo dell'UNI e dal CNR
- Raccomandazione del Sottocomitato Scientifico del progetto CCM "Avvio del Piano Nazionale Radon per la riduzione del rischio polmonare in Italia", inerente all'inserimento nei Regolamenti edilizi comunali di norme tecniche esplicitamente rivolte alla riduzione delle concentrazioni di radon indoor.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITÀ

Per lo sviluppo del progetto è previsto il coinvolgimento degli stessi attori già coinvolti a vario titolo nella gestione di problematiche ambientali e sanitarie. Ciò comporta sostenibilità dal punto di vista dell'impiego di risorse economiche e lavorative, in quanto gli operatori coinvolti saranno costituiti da personale già alle dipendenze degli enti interessati (in particolare, Regione, ASL, ARTA). Per quanto riguarda il tema specifico del radon, in Abruzzo sono già state effettuate diverse campagne di misura, sia in edifici residenziali, sia in ambienti scolastici e di lavoro, mentre non risultano, e quindi, necessitano, azioni di risanamento/prevenzione, attività di informazione/formazione o di tipo regolatorio promosse dalla Regione o

da altri enti istituzionalmente preposti (vedi "Rassegna delle attività sul radon svolte da enti regionali e nazionali istituzionalmente preposti" – ISS, 2014).

SISTEMA DI SORVEGLIANZA: Il Dipartimento della Salute e del Welfare controlla la corretta esecuzione del progetto, per mezzo del Gruppo di Coordinamento Regionale, e raccoglie in maniera sistematica i dati relativi all'avanzamento del Programma, che verranno utilizzati per redigere rapporti annuali.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE: l'introduzione di linee guida, in campo edilizio, orientate all'eco-compatibilità e all'eco-sostenibilità, ha come effetto la diffusione di standard qualitativi minimi che prescindono dal livello socio-economico del fruitore dell'edificio, sia pubblico che privato, contribuendo alla riduzione, nel lungo termine, di condizioni di disuguaglianza. La sensibilizzazione del target, svolta in maniera capillare, permette un'omogenea acquisizione ed applicazione delle linee guida regionali.

OBIETTIVI SPECIFICI

8.10.1 Elaborazione di linee guida regionali per orientare i regolamenti edilizi in chiave ecocompatibile, ecosostenibile e orientati al contenimento del rischio radon

OBIETTIVO SPECIFICO 8.10.1:

Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile

AZIONE: la Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute e per il Welfare - istituisce un Gruppo di Coordinamento Regionale per l'elaborazione di linee guida regionali per orientare i regolamenti edilizi in chiave ecocompatibile, e volti al contenimento del rischio radon

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. Nomina dei referenti individuati nel Dipartimento stesso, nei settori "Politiche della Ricostruzione", "Lavori Pubblici", "Urbanistica", "Ambiente ed Ecologia", nei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, nell'ARTA ed, eventualmente, incarica anche Tecnici esterni e definisce il Gruppo con atto formale
2. Elaborazione di linee guida regionali
3. Adozione delle linee guida da parte della Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare

TARGET	Operatori Asl, ARTA, Funzionari Regionali, Tecnici esterni				
SETTING	Scuola	Comunità x	Ambienti sanitari	Ambienti di lavoro	
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regione Abruzzo, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA				
Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Sviluppo di linee guida regionali per orientare i regolamenti edilizi in chiave ecocompatibile, ecosostenibile e orientati al contenimento del rischio radon, e atto formale di adozione da parte della Regione delle linee guida elaborate	Non rilevato		Atto formale di adozione linee guida		

ANALISI DEI RISCHI

- Nell'affrontare la problematica dell'edilizia sostenibile ed ecocompatibile e del rischio radon, bisogna anche tener conto dei numerosi interessi economico-finanziari tipici del mercato immobiliare che

rendono difficile qualsiasi azione che vada nella direzione di un'attenzione particolare alla qualità, all'ambiente e alla salute.

- Scarsa adesione e collaborazione da parte dei comuni, delle imprese costruttrici, degli ordini dei progettisti, dei cittadini. Per ridurre i rischi di scarsa adesione e collaborazione del target si è prevista un'azione specifica volta ad informare e sensibilizzare il target del progetto

CRONOPROGRAMMA

Sviluppo di linee guida regionali per orientare i regolamenti edilizi in chiave ecocompatibile, ecosostenibile e orientati al contenimento del rischio radon, e atto formale di adozione da parte della Regione delle linee guida elaborate entro il quarto trimestre 2016.

Programma 11. Promozione della sicurezza alimentare e nutrizionale

Il programma comprende i seguenti obiettivi centrali:

- 10.1. Adozione di piani di integrati tra sanità pubblica , ambiente e agricoltura di controllo/monitoraggio per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali.
- 10.2. Ridurre il fenomeno dell'antibiotico-resistenza tramite la corretta gestione del farmaco
- 10.3. Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali / laboratori di diagnostica / sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica / sorveglianza nel settore alimentare e veterinario
- 10.4. Completare i sistemi anagrafici
- 10.5. Gestire le emergenze relative alla sicurezza alimentare ,epidemiche e non e gli eventi straordinari
- 10.7. Assicurare una appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici
- 10.9. Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti , ivi inclusi le persone celiache
- 10.10. Ridurre i disordini da carenza iodica
- 10.11. Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale
- 10.12. Realizzare gli audit previsti dall'art. 4, paragrafo 6 del Regolamento CE 882/2004

OBIETTIVO CENTRALE 10.1. Adozione di piani di integrati tra sanità pubblica , ambiente e agricoltura di controllo/monitoraggio per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali.

Razionale e descrizione del progetto

Il Ministero della Salute in coordinamento con le altre amministrazioni competenti, in applicazione del Regolamento (CE) 882/2004 e della Decisione 2007/363/CE, ha redatto il Piano Nazionale Integrato 2015 – 2018, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni con Intesa del 18 dicembre 2014.

Il Piano è destinato ad orientare i controlli ufficiali per la sicurezza alimentare e per la lotta alle frodi lungo l'intera filiera produttiva, in funzione dei rischi; esso si basa anche sul principio secondo cui i controlli non devono essere più concentrati sul prodotto finale, ma distribuiti lungo tutto il processo di produzione dell'alimento, tenendo anche conto delle attività svolte in altri ambiti strettamente correlati e relativi alla sanità e benessere animale, alimentazione zootecnica, sanità delle piante e tutela dell'ambiente.

Per rafforzare il coordinamento tra i soggetti istituzionali coinvolti nel controllo degli alimenti il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, ha previsto al Macro obiettivo 2.10 uno specifico obiettivo finalizzato all'adozione di "Piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura".

In Abruzzo i soggetti istituzionali che intervengono a vario titolo nei controlli della filiera alimentare comprendono: il Servizio Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, della Direzione Politiche della Salute, l'assessorato all'Agricoltura, Foreste e Sviluppo Rurale, Alimentazione, Caccia, Pesca e l'assessorato all'Ambiente Territorio Parchi Energia, con le proprie Direzioni, l'Ufficio di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (U.S.M.A.F), l'Ufficio Veterinario Adempimenti Comunitari (U.V.A.C.), le Unità Sanitarie Locali (ASL), le forze di polizia (Comando Carabinieri Politiche Agricole e Alimentari - Nuclei Antifrodi Carabinieri (NAC), Comando Carabinieri per la Tutela della Salute (NAS), Comando Carabinieri per la Tutela dell'Ambiente (NOE), Capitanerie di Porto, Corpo Forestale dello Stato, Guardia di Finanza). I controlli di laboratorio sono svolti dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise (IZSAM) e dall'Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente (ARTA).

Questi Enti a oggi non sono coordinati tra loro e non condividono né le attività di pianificazione dei controlli, né i risultati delle attività svolte. Questo non permette di sviluppare una rete di sorveglianza epidemiologica regionale per la sicurezza alimentare, in linea con l'attuale normativa e in grado di sostenere adeguatamente le politiche di valutazione e gestione dei rischi, e che possa garantire trasparenza e credibilità al processo decisionale.

Per di più l'uso di dati generati dalle autorità di controllo ai fini della valutazione dei rischi è, oggi, molto limitato, a causa dell'assenza di procedure operative standard di controllo e di un sistema armonizzato di gestione (acquisizione e trasmissione) dei dati. L'uso dei dati generati dai controlli effettuati da parte dei produttori, inoltre, è pressoché impossibile per l'inaccessibilità dei dati stessi.

La scelta di sistemi informativi gerarchici, inoltre, come quelli tradizionali (ad. es. ASL → Regione → Ministero), determina l'esistenza di modelli predefiniti e rigidi nei flussi e nelle capacità di analisi dei dati che ostacolano la loro diffusione e la loro trasparenza. Si tratta di sistemi informativi "chiusi" che rendono problematico il processo di analisi del rischio che, invece, ha bisogno, da un lato, di dati grezzi acquisiti là dove sono generati e, dall'altro, di poter mettere in relazione dati provenienti da diversi processi e sistemi informativi.

Una vera piattaforma tecnologica per il governo del rischio, quindi, si deve basare su un sistema informativo in rete, capace di raccogliere elaborare e distribuire le informazioni necessarie al governo ed alla gestione delle azioni ai vari livelli operativi, e che permetta di rispettare la diversità e la complessità delle competenze, di garantire la diffusione dell'informazione a tutti gli attori del sistema.

L'attivazione di una rete deve partire dai flussi informativi già esistenti, creando una piattaforma comune dove, attraverso norme per la cooperazione applicativa tra i sistemi e protocolli standardizzati di raccolta e gestione delle informazioni, sia possibile armonizzare (ovvero far parlare tra loro) i flussi di dati già esistenti, razionalizzandoli (ovvero evitare le duplicazioni e le ridondanze) e rendendoli assolutamente univoci ed universalmente accessibili e comparabili.

Il sistema informativo in rete consentirebbe anche la digitalizzazione di tutta l'attività di controllo ufficiale (ispezioni, audit, campionamenti), mediante la compilazione in mobilità dei documenti di ispezione (verbali, checklist) e l'introduzione della firma grafometrica.

La realizzazione di una piattaforma tecnologica permette, altresì, di perseguire la politica del governo in materia di digitalizzazione della pubblica amministrazione, come stabilito dal decreto legislativo 235 del 2010.

Evidenze

Il regolamento (CE) 882/2004 stabilisce che le autorità competenti devono disporre e applicare efficacemente appropriate procedure di coordinamento nell'esecuzione dei controlli ufficiali.

Lo stesso regolamento prescrive che i controlli ufficiali siano eseguiti periodicamente e con frequenza appropriata, seguendo procedure di controllo documentate e proporzionate al rischio. L'analisi del rischio pertanto è fondamento essenziale nel quadro di una politica europea di tutela del consumatore (Regolamento (CE) 882/2002).

La raccolta e la valutazione dei dati sui livelli di contaminazione da pericoli biologici, chimici e fisici degli alimenti e mangimi, unitamente alla raccolta dei dati sul consumo alimentare, è essenziale per stimare l'esposizione dei consumatori e valutare i rischi per la sicurezza alimentare (Regolamento (CE) 178/2002; EFSA 2010). Tali attività tuttavia non possono prescindere dalla disponibilità di adeguati sistemi informativi e l'utilizzo di una terminologia controllata e di regole di validazione per standardizzare la qualità dei dati.

L'entrata in vigore del nuovo Codice dell'Amministrazione Digitale rappresenta uno dei principali pilastri del processo di modernizzazione e di digitalizzazione delle pubbliche amministrazioni. L'effettiva attuazione delle misure previste consente ai cittadini ed alle imprese di dialogare in modo più snello, rapido ed efficace con la pubblica amministrazione.

1. Regolamento (CE) n. 178/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio del 28 gennaio 2002 che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare. (GU L 031, 1.2.2002)
2. Regolamento (CE) N. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali. (GU L 165, 30.4.2004).
3. European Food Safety Authority; Standard sample description for food and feed. EFSA Journal 2010;8(1):1457 [54 pp.]. doi:10.2903/j.efsa.2010.1457. Available online: www.efsa.europa.eu.
4. Decreto legislativo 30 dicembre 2010, n. 235. Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell'amministrazione digitale, a norma dell'articolo 33 della legge 18 giugno 2009, n. 69. (GU n.6 del 10-1-2011 - Suppl. Ordinario n. 8).

Sostenibilità

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise (IZSAM) dispone già di un sistema informativo (SINVSA) in grado di raccogliere, caratterizzare, monitorare e quantificare i rischi lungo l'intera catena alimentare. Il sistema è capace di raccogliere e distribuire le informazioni necessarie al governo ed alla gestione delle azioni ai vari livelli operativi, e permette di rispettare la diversità e la complessità delle competenze e di garantire la diffusione dell'informazione a tutti gli attori del sistema.

Il sistema, opportunamente “personalizzato” alla realtà operativa della Regione Abruzzo permetterebbe di:

1. generare dati quantitativi utili alla valutazione dei rischi lungo la catena di produzione degli alimenti;
2. fornire indicatori utili per il governo (pianificazione, monitoraggio, valutazione e controllo) delle azioni condotte dai soggetti istituzionali;
3. soddisfare i debiti informativi nei confronti degli organismi nazionali;
4. interconnettersi con i sistemi informativi per il rilievo e la notifica dei casi umani di tossinfezione alimentare e l'analisi delle fonti di infezione per l'uomo.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

Report regionale

Contrasto alle disuguaglianze

La predisposizione e l'applicazione di un piano di controllo integrato tra sanità, ambiente e agricoltura per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico negli alimenti per l'uomo e gli animali e la sua digitalizzazione, garantiscono nella Regione Abruzzo l'applicazione coordinata e omogenea delle attività di controllo a tutela sia della salute dei consumatori sia degli interessi economici dei produttori.

Obiettivi specifici

- Sviluppare e adottare un piano di controllo integrato tra sanità, ambiente e agricoltura per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico negli alimenti per l'uomo e gli animali (PRIC).
- Creare una piattaforma tecnologica che permetta di interconnettere i sistemi esistenti secondo protocolli standard e di recuperare e gestire in rete le informazioni esistenti. Tale rete informativa sarà essere in grado di assicurare che i vari livelli del sistema raccolgano e rendano disponibili i dati sui controlli sanitari effettuati, per permettere a tutti gli attori del sistema, ciascuno per la propria competenza, di prendere delle decisioni utili per una efficace gestione del rischio;
- digitalizzazione di tutta l'attività di controllo ufficiale (ispezioni, audit, campionamenti), mediante la compilazione in mobilità dei documenti di ispezione (verbali, checklist) e l'introduzione della firma grafometrica.

Azioni

L'esigenza primaria è quella di coordinamento unitario delle attività di controllo ufficiale che coinvolgono vari attori.

Le azioni del progetto sono:

1. istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico del PRIC;
2. ricognizione iniziale su quanto disponibile, incluso il censimento delle banche dati anagrafiche regionali attive;
3. adozione (recepimento) di linee guida per la trasmissione dati dei controlli alle Autorità competenti centrali (ad esempio: Ministero della Salute, Ministero dell'Agricoltura, ecc.);
4. definizione dei dati minimi comuni da raccogliere, mediante nomenclatori standard EU, durante le attività di controllo PRIC;
5. redazione del PRIC, organizzato per filiera di produzione;
6. validazione del PRIC da parte del gruppo di coordinamento;
7. adeguamento e standardizzazione della modulistica ufficiale utilizzata (ad esempio: verbali di prelievo, d'ispezione e check list) nel corso dei controlli PRIC;
8. informatizzazione del PRIC e della relativa modulistica operativa per la raccolta dati, partendo da quanto già disponibile in SINVSA ed estendendolo all'utilizzo delle periferiche mobili (pc portatili, tablet o smartphone);
9. recepimento del PRIC da parte dei soggetti istituzionali coinvolti;
10. formazione degli operatori dei soggetti istituzionali coinvolti sul PRIC (Piano regionale integrato di controllo) e sugli strumenti informatici;
11. attuazione del PRIC da parte dei soggetti istituzionali coinvolti, inclusa l'alimentazione del sistema informativo SINVSA;
12. analisi dei dati raccolti e monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività programmate, tramite reportistica dedicata;
13. riprogrammazione periodica (inizialmente trimestrale, semestrale a regime) in base ai dati raccolti ed evidenze ricavate;
14. Redazione del PRIC 2019-2022.

Target	Il Servizio Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, della Direzione Politiche della
---------------	--

(utilizzatori)	Salute, l'assessorato all'Agricoltura, Foreste e Sviluppo Rurale, Alimentazione, Caccia, Pesca e l'assessorato all'Ambiente Territorio Parchi Energia, con le proprie Direzioni, l'Ufficio di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (U.S.M.A.F), l'Ufficio Veterinario Adempimenti Comunitari (U.V.A.C.), le Unità Sanitarie Locali (ASL), le forze di polizia (Comando Carabinieri Politiche Agricole e Alimentari - Nuclei Antifrodi Carabinieri (NAC), Comando Carabinieri per la Tutela dell'Ambiente (NOE), Comando Carabinieri per la Tutela della Salute (NAS) Capitanerie di Porto, Corpo Forestale dello Stato, Guardia di Finanza), l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise (IZSAM) e l'Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente (ARTA).
Portatori d'interesse	Operatori del Settore Alimenti (OSA), inclusi gli operatori della Produzione primaria Operatori del Settore Mangimi (OSM) Operatori del Trasporto Animali Vivi
Beneficiari	Consumatori

Indicatori di esito	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
<p><i>Fonte: tutti i soggetti</i></p> <p><i>Target</i></p>					
<p>Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, attraverso <u>l'adozione di un piano regionale integrato</u> tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura di controllo/monitoraggio per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali (Indicatore sentinella)</p> <p>Cod. indicatore 10.1.1</p>	0	<p>Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico; Ricognizione iniziale su quanto disponibile, incluso il censimento della banche dati anagrafiche regionali attive;</p>	<p>Redazione del PRIC, organizzato per filiera di produzione; recepimento del PRIC da parte dei soggetti istituzionali coinvolti; formazione degli operatori dei soggetti istituzionali coinvolti sul PRIC e sugli strumenti informatici; attuazione del PRIC da parte dei soggetti istituzionali coinvolti; Alimentazione del sistema informativo con i dati dei controlli - 50%; riprogrammazione periodica (semestrale a regime) in base ai dati raccolti ed evidenze ricavate; informatizzazione del PRIC e della relativa modulistica operativa per la raccolta dati.</p>	<p>Analisi dei dati raccolti e monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività programmate, tramite reportistica dedicata; riprogrammazione periodica (inizialmente trimestrale, semestrale a regime) in base ai dati raccolti ed evidenze ricavate; Alimentazione del sistema informativo con i dati dei controlli - 100%.</p>	<p>Analisi dei dati raccolti e monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività programmate, tramite reportistica dedicata; riprogrammazione periodica (inizialmente trimestrale, semestrale a regime) in base ai dati raccolti ed evidenze ricavate; alimentazione del sistema informativo con i dati dei controlli - 100%. Redazione del PRIC 2019-2022.</p>

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>		Base line	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Obiettivo 10.1.1 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, attraverso l'adozione di un piano regionale integrato tra sanità pubblica , ambiente e agricoltura di controllo/monitoraggio per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali						
	Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico		Nomina dei componenti del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico con atto formale			
	Ricognizione e iniziale su quanto disponibile, incluso il censimento della banche dati anagrafiche regionali attive		Elenco dei sistemi informativi e procedure di controllo in essere	Completamento elenco: Operatori del Settore Alimenti (OSA), inclusi gli operatori della Produzione primaria Operatori del Settore Mangimi (OSM) Operatori del Trasporto Animali Vivi		
	Definizione dei dati minimi comuni da raccogliere, mediante nomenclatori standard EU			Definizione delle linee guida e nomenclatori per la raccolta dati durante le attività di controllo ufficiale del PRIC		

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>		Base line	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
	INDICATORE SENTINELLA	0		Pubblicazione delle linee guida PRIC con atto formale		
	Redazione del piano integrato di controllo, organizzato per filiera di produzione Validazione del piano da parte del gruppo di coordinamento			Redazione e validazione del PRIC 2015-2018		
	INDICATORE Processo	0		Accettazione del PRIC 2015-2018 con atto formale		
	Adeguamento e standardizzazione della modulistica ufficiale utilizzata (ad esempio: verbali di prelievo, d'ispezione e check list) nel corso dei controlli ufficiali	0		Predisposizione e adozione della modulistica ufficiale utilizzata (ad esempio: verbali di prelievo, d'ispezione e check list) nel corso dei controlli ufficiali PRIC		
	Indicatore Processo	0		Utilizzo della modulistica ufficiale predisposta nel corso dei controlli ufficiali PRIC - 50%	Utilizzo della modulistica ufficiale predisposta nel corso dei controlli ufficiali PRIC - 100%	Utilizzo della modulistica ufficiale predisposta nel corso dei controlli ufficiali PRIC - 100%
	Informatizzazione del PRIC e della relativa modulistica operativa per la raccolta dati attraverso il SINVSA			Estensione del SINVSA per la gestione del PRIC		
	Indicatore processo	0		Alimentazione del sistema informativo	Alimentazione del sistema informativo	Alimentazione del sistema informativo

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>		Base line	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
				SINVSA con i dati dei controlli - 50%	SINVSA con i dati dei controlli - 50%	SINVSA con i dati dei controlli - 100%
	Recepimento del PRIC da parte dei soggetti istituzionali coinvolti			Esecuzione dei controlli ufficiali secondo frequenze stabilite nel PRIC- 50%	Esecuzione dei controlli ufficiali secondo frequenze stabilite nel PRIC 100%	Esecuzione dei controlli ufficiali secondo frequenze stabilite nel PRIC 100%
	Indicatore Processo	0		Alimentazione del sistema informativo SINVSA con i dati dei controlli - 50%	Alimentazione del sistema informativo SINVSA con i dati dei controlli - 50%	Alimentazione del sistema informativo SINVSA con i dati dei controlli - 50%
	Formazione degli operatori dei soggetti istituzionali coinvolti sul PRIC e sugli strumenti informatici			Erogazione corsi di formazione agli operatori	Erogazione corsi di formazione agli operatori	
	Indicatore	0		Numero dei partecipanti ai corsi di formazione – 50%	Numero dei partecipanti ai corsi di formazione – 100%	
	Attuazione del PRIC da parte dei soggetti istituzionali coinvolti, inclusa l'alimentazione del sistema informativo SINVSA			Esecuzione dei controlli ufficiali secondo frequenze stabilite nel PRIC- 50%	Esecuzione dei controlli ufficiali secondo frequenze stabilite nel PRIC- 100%	Esecuzione dei controlli ufficiali secondo frequenze stabilite nel PRIC- 100%
	Indicatore Processo	0		Alimentazione del sistema informativo SINVSA con i dati dei controlli - 50%	Alimentazione del sistema informativo SINVSA con i dati dei controlli - 100%	Alimentazione del sistema informativo SINVSA con i dati dei controlli - 100%
	Analisi dei dati raccolti e monitoraggi o dello stato			Riprogrammazione periodica (inizialmente trimestrale, semestrale a	Riprogrammazione periodica (inizialmente trimestrale,	Riprogrammazione periodica (semestrale)

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>		Base line	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
	di avanzamento delle attività programmate, tramite reportistica dedicata Riprogrammazione periodica (inizialmente trimestrale, semestrale a regime) in base ai dati raccolti ed evidenze ricavate			regime)	semestrale a regime)	
	Indicatore Processo	0		Emissione documento ufficiale di riprogrammazione periodica (trimestrale)	Emissione documento ufficiale di riprogrammazione periodica (inizialmente trimestrale, semestrale a regime)	Emissione documento ufficiale di riprogrammazione periodica (semestrale)
	Redazione del PRIC 2019-2022					
	Indicatore Processo	0				Accettazione del PRIC 2019-2022 con atto formale

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015	2016	2017	2018
1. Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico del PRIC	x			
2. Ricognizione iniziale su quanto disponibile, incluso il censimento della banche dati anagrafiche regionali attive	x	x		
3. Adozione (recepimento) di linee guida per la trasmissione dati dei controlli alle Autorità competenti centrali (ad esempio: Ministero della Salute, Ministero dell'Agricoltura, ecc.)	x			
4. Definizione dei dati minimi comuni da raccogliere, mediante nomenclatori standard EU, durante le attività di controllo PRIC		x		
5. Redazione del PRIC, organizzato per filiera di produzione		x		
6. Validazione del PRIC da parte del gruppo di coordinamento		x		
7. Adeguamento e standardizzazione della modulistica ufficiale utilizzata (ad esempio: verbali di prelievo, d'ispezione e check list) nel corso dei controlli PRIC		x		

8. Informatizzazione del PRIC e della relativa modulistica operativa per la raccolta dati, partendo da quanto già disponibile in SINVSA ed estendendolo all'utilizzo delle periferiche mobili (pc portatili, tablet o smartphone)		x		
9. Recepimento del PRIC da parte dei soggetti istituzionali coinvolti		x	x	x
10. Formazione degli operatori dei soggetti istituzionali coinvolti sul PRIC e sugli strumenti informatici		x	x	
11. Attuazione del PRIC da parte dei soggetti istituzionali coinvolti, inclusa l'alimentazione del sistema informativo SINVSA		x	x	x
12. Analisi dei dati raccolti e monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività programmate, tramite reportistica dedicata		x	x	x
13. Riprogrammazione periodica (inizialmente trimestrale, semestrale a regime) in base ai dati raccolti ed evidenze ricavate		x	x	x
14. Redazione del PRIC 2019-2022				x

	RISCHI	AZIONI CORRETTIVE
ANALISI DEI RISCHI (indicare gli elementi interni o esterni che possono ostacolare il raggiungimento degli obiettivi)	Mancata raccolta di tutti i dati minimi necessari per l'analisi del rischio sanitario da parte dei sistemi informativi utilizzati internamente dai vari soggetti istituzionali coinvolti nell'attività di controllo ufficiale e utilizzo di nomenclatori differenti	Armonizzazione dei sistemi informativi (dati raccolti e nomenclatori)
	Non omogeneità nella raccolta e inserimento dei dati relativi durante le attività di controllo ufficiale	Formazione degli operatori tramite accreditamento ECM ripetuto negli anni
	Resistenza al cambiamento da parte degli operatori	Sensibilizzazione e incentivazione interna ai singoli enti/soggetti istituzionali Formazione agli operatori
	Mancata disponibilità di strumenti informatici per la digitalizzazione delle attività di controllo	Prevedere apposite voci di budget
	Alta numerosità di soggetti istituzionali coinvolti, responsabilità e competenze differenti nelle attività di controllo	Alto commitment da parte della Regione e delle direzioni dei soggetti istituzionali coinvolti Stretto coordinamento delle attività attraverso il comitato tecnico/scientifico Emissione di specifiche norme regionali
	Alti impatti organizzativi	Emissione di specifiche norme regionali Continuo monitoraggio Stretto coordinamento tra i soggetti istituzionali coinvolti

OBIETTIVO CENTRALE 10.2. Gestione corretta del farmaco veterinario per ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza.

Contesto epidemiologico

L'antibiotico resistenza non è un fenomeno nuovo, tuttavia è di nuovo preoccupante in quanto aumenta sempre più velocemente, a fronte di una diminuzione di strumenti per combatterla.

Nel settore umano, si registra in Europa un aumento della resistenza antimicrobica (si parla di GRAM – come *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*) e delle resistenze combinate (*Klebsiella pneumoniae* ed *Escherichia coli*) nei confronti delle cefalosporine di terza generazione, dei fluorochinoloni e degli amino glicosidi.

Nelle produzioni zootecniche, il fenomeno è ancora più amplificato per l'elevato numero di soggetti recettivi e per le caratteristiche dell'allevamento intensivo, all'interno del quale, come è noto, il ricorso all'utilizzo della terapia antibiotica è molto frequente, anche se non sempre necessario.

La diffusione dell'antibiotico resistenza in ambito veterinario, oltre a rendere sempre più difficile il controllo delle patologie infettive degli animali di allevamento, può accrescere il rischio che microrganismi resistenti siano trasferiti dagli animali all'uomo direttamente, per contatto e mediante gli alimenti di origine animale o indirettamente attraverso contaminazione ambientale

Sia l'EFSA (Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare) che l'ECDC (Centro Europeo per la Prevenzione e Controllo delle Malattie) segnalano resistenze a diversi antibiotici in batteri zoonosici come *Salmonella* e *Campylobacter*, ossia in quei batteri che rappresentano le principali cause delle infezioni alimentari nella UE. Non va inoltre trascurato il ruolo della clinica degli animali d'affezione, stante l'eccessivo ricorso a specialità medicinali per uso umano in questo settore.

Si stima che il fenomeno dell'antibiotico resistenza sia all'origine di 25.000 decessi l'anno, con costi sanitari, diretti ed indiretti (aumento della degenza ospedaliera, spese terapeutiche, inabilità lavorative), che ammontano ad oltre 1,5 miliardi di euro. In zootecnia il danno economico è legato alla minore remuneratività delle aziende, a causa della presenza di animali costantemente malati, curati e pertanto meno produttivi.

Descrizione del progetto

Il piano si articola sull'arco temporale 2015/2018 e si pone l'obiettivo di ridurre l'utilizzo degli antibiotici del 20% all'interno delle aziende zootecniche e la razionalizzazione del loro utilizzo, cercando di salvaguardare soprattutto le molecole di ultima generazione e meno soggette al fenomeno della resistenza.

Per il raggiungimento di tali obiettivi, il piano prevede un monitoraggio costante del consumo dei farmaci antimicrobici, una serie di iniziative volte a sensibilizzare e formare sia i medici veterinari che gli allevatori in tema di uso responsabile dei farmaci antimicrobici, di riduzione e razionalizzazione del loro utilizzo, oltre ai controlli ufficiali di farmacosorveglianza e farmacovigilanza, finalizzati rispettivamente alla verifica dei registri di carico/scarico dei farmaci e di trattamenti farmacologici presso le strutture dove sono allevati gli animali destinati alla produzione di alimenti per l'uomo e della correttezza delle prescrizioni veterinarie e a far emergere le segnalazioni di mancata efficacia dei farmaci antimicrobici.

Evidenze di efficacia

L'uso responsabile del farmaco veterinario rappresenta uno strumento indispensabile per ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza.

In questo senso è diretta la Risoluzione del Parlamento Europeo dell'11 dicembre 2012 sul piano d'azione di lotta ai crescenti rischi di resistenza antimicrobica. In questo documento viene sottolineato che l'obiettivo primario di qualsiasi strategia in materia di resistenza antimicrobica è quello di preservare l'efficacia degli antimicrobici esistenti facendone un uso responsabile, allo stadio terapeutico adeguato, esclusivamente ove strettamente necessario e dietro stretta prescrizione medica, per un periodo di tempo specifico e secondo il dosaggio appropriato e limitando il ricorso agli antimicrobici in generale e specialmente agli antibiotici molto importanti (CIA, Critically Important Antimicrobials) nella medicina umana e veterinaria.

Anche il Piano nazionale per l'uso responsabile del farmaco veterinario e per la lotta all'antibiotico resistenza in conigliocultura, predisposto dall'Università di Milano, l'IZS della Lombardia e dell'Emilia Romagna e l'Associazione UNA ITALIA ed approvato dal Ministero della Salute, sottolinea l'efficacia di questo strumento operativo.

Analoga posizione si evince dai documenti prodotti dalla FVE (Federation of Veterinarians of Europe) in tema di antibiotico resistenza e dal Position Paper di AIA, ANAS, UNAITALIA, ASSALZOO, CONFAGRICOLTURA, FNOVI, ANMVI, AISA sulla "Razionalizzazione dell'Uso del Farmaco, quando serve, quanto ne serve".

Sostenibilità

Il piano richiede un finanziamento per l'attività informativa e formativa rivolta sia ai medici veterinari che agli allevatori.

Nelle more dell'introduzione della ricetta elettronica in campo nazionale (oggi la si sta utilizzando in via sperimentale solo in Piemonte), sarà determinante l'impiego di risorse umane all'uopo formate in grado di "caricare" sul sistema informatico le ricette in triplice copia ed in particolare di rilevare il quantitativo di antibiotici prescritti e potenzialmente utilizzati in allevamento.

Il controllo ufficiale sulla farmacovigilanza da parte dei Servizi Veterinari ASL non richiede invece costi aggiuntivi, in quanto rientra nella normale attività istituzionale ricompresa nei LEA.

Sistemi di sorveglianza

Il piano prevede report periodici semestrali sull'implementazione delle azioni volte al raggiungimento dell'obiettivo centrale e degli obiettivi specifici.

Contrasto alle disuguaglianze

Il piano sarà attuato uniformemente su tutto il territorio regionale

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Riduzione dell'utilizzo di antibiotici del 20%, nell'arco dell'intero Piano 2015/2018, all'interno delle aziende zootecniche
2. Razionalizzazione dell'impiego degli antibiotici e salvaguardia delle molecole di ultima generazione meno soggette al fenomeno di resistenza - Monitoraggio annuale del consumo degli antibiotici
3. Implementazione delle pratiche di profilassi diretta ed indiretta e delle misure di biosicurezza all'interno degli allevamenti
4. Attività di controllo ufficiale di farmacovigilanza e farmacovigilanza.

AZIONE 1: Riduzione dell'utilizzo di antibiotici del 20%, nell'arco dell'intero Piano 2015/2018, all'interno delle aziende zootecniche.

Tale azione si svilupperà nel corso di ciascun anno della durata del piano. Al 31 dicembre di ciascun anno (2015, 2016, 2017 e 2018) i Servizi Veterinari di ciascuna ASL dovranno essere in grado di fornire il dato sul consumo annuale degli antibiotici utilizzati all'interno delle aziende zootecniche.

Considerato che la ricetta elettronica non è stata ancora messa a regime, la verifica del dato annuale verrà eseguita sulla base delle ricette in triplice copia che pervengono alle ASL a partire dalle farmacie o dai grossisti di farmaci, utilizzando le maschere presenti.

Successivamente si passerà ad utilizzare un sistema ad hoc, che riporti specificatamente i principi attivi e/o le specialità farmaceutiche veterinarie.

ATTIVITÀ PRINCIPALI:

1. Registrazione delle ricette in triplice copia nel sistema informatizzato integrato regionale
2. Elaborazione della procedura integrata, comprensiva di check-list ed eventuale ulteriore modulistica per uniformare l'attività di inserimento sul sistema informatizzato integrato regionale
3. Inserimento nel database del sistema informatizzato regionale delle tabelle del prontuario farmaceutico e dei principi attivi

TARGET	Servizi Veterinari Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche
SETTING	Scuola Ambienti di lavoro (ASL,); Ambienti sanitari (ASL)
INTERSETTORIALITÀ	Regione Abruzzo, Servizio Sanità veterinaria e sicurezza alimentare regionale, Servizi veterinari IAPZ delle ASL, IZS, ditte fornitrici di software.

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
10.2.1 Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la					

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
tracciabilità del farmaco veterinario (vedi sotto)					
Registrazione delle ricette su sistema informatizzato SIVRA	Registrazione solo di alcuni dati	Aumento dati registrati	Aumento dati registrati	Registrazione dei dati principali	Registrazione dei dati principali
Elaborazione della procedura integrata, comprensiva di check-list sul sistema informatizzato integrato regionale	Assente	Prima ricognizione	Presenza	Presenza	Presenza
Inserimento nel database del sistema informatizzato regionale delle tabelle del prontuario farmaceutico e dei principi attivi	Assente	Prima ricognizione	Presenza	Presenza	presenza

Target: Servizi Veterinari Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche

ANALISI DEI RISCHI

- Mancato apporto del contributo tecnico-scientifico ed analitico da parte delle figure/enti coinvolti;
- Impossibilità di utilizzare il Sistema Informatizzato per la registrazione delle attività di controllo.
-

CRONOPROGRAMMA

	2° trim 2016	3° trim 2016	4° trim 2016	1° trim 2017	2° trim 2017	3° trim 2017	4° trim 2017	1° trim 2018	2° trim 2018	3° trim 2018	4° trim 2018
Registrazione delle ricette su sistema informatizzato SIVRA	X										
Elaborazione della procedura integrata			X								
Inserimento nel database del sistema informatizzato regionale delle tabelle del prontuario farmaceutico e dei principi attivi							X				

AZIONE 2: Attività di sensibilizzazione e formazione rivolta ai medici veterinari sull'uso responsabile dei farmaci antimicrobici.

Tale attività si svilupperà attraverso un evento formativo, nel corso di ciascun anno per tutta la durata del piano, volto a richiamare i medici veterinari su alcuni aspetti strategici per il raggiungimento degli obiettivi, come quello di prescrivere i farmaci antimicrobici solo dopo aver effettuato una visita medica ed una diagnosi, di collaborare con i clienti per ridurre la necessità di antimicrobici, di ricorrere per quanto possibile ai test diagnostici e di sensibilità, di utilizzare correttamente gli antimicrobici e limitare il loro uso come chemio-profilassi, di prestare particolare attenzione agli antimicrobici di nuova generazione, di comunicare gli effetti indesiderati correlati all'uso degli antimicrobici (mancata efficacia).

ATTIVITÀ PRINCIPALI:

Organizzazione di un evento formativo specifico per ciascun anno, a partire dal secondo anno del piano, volto a richiamare i medici veterinari su alcuni aspetti strategici per il raggiungimento degli obiettivi.

TARGET	Veterinari ASL e veterinari liberi professionisti
SETTING	Scuola (Università); Ambienti sanitari (ASL, IZS, Veterinari LP, Medici Farmacologi); Ambienti di lavoro (Regione, Università, ASL, IZS, Veterinari LP, Medici Farmacologi);
INTERSETTORIALITÀ	Università, ASL, IZS, veterinari liberi professionisti, Medici, Farmacologi

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Organizzazione evento formativo specifico	-	-	Evento formativo	Evento formativo	Evento formativo

TARGET: Servizi Veterinari Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche

INDICATORI:

Organizzazione di tre eventi formativi (anni 2016 -2017-2018)

ANALISI DEI RISCHI

Non obbligatorietà della partecipazione ai corsi che potrebbe condizionare il perseguimento dell'obiettivo

CRONOPROGRAMMA

	2° trim 2016	3° trim 2016	4° trim 2016	1° trim 2017	2° trim 2017	3° trim 2017	4° trim 2017	1° trim 2018	2° trim 2018	3° trim 2018	4° trim 2018
Organizzazione evento formativo specifico			X				X				X

AZIONE 3: Attività di sensibilizzazione ed informazione rivolta agli allevatori finalizzata alla riduzione e razionalizzazione dell'utilizzo di farmaci antimicrobici.

Tale attività si svilupperà attraverso una serie di iniziative dirette agli allevatori, finalizzate a promuovere la diffusione delle buone pratiche di allevamento, l'applicazione delle norme sulla biosicurezza e sul benessere animale e l'implementazione della profilassi immunizzante.

Gli incontri formativi si svolgeranno annualmente per tutto il periodo del piano di prevenzione e saranno specifici per ciascuna filiera produttiva (bovina, ovi-caprina, suinicola, avicunicola, etc..).

ATTIVITÀ PRINCIPALI:

Organizzazione di un evento formativo specifico per ciascun anno, per favorire la riduzione e razionalizzazione dell'utilizzo di farmaci antimicrobici.

TARGET	Veterinari ASL e veterinari liberi professionisti
SETTING	Comunità, Ambienti sanitari (Regione Abruzzo, ASL e veterinari LP), Ambienti di lavoro (Regione Abruzzo, ASL, veterinari LP)
INTERSETTORIALITÀ	Associazioni di categoria, sindacati agricoltori ecc.

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Organizzazione evento formativo specifico	-	-	Evento formativo	Evento formativo	Evento formativo

TARGET: allevatori di ciascuna filiera produttiva

ANALISI DEI RISCHI

Non obbligatorietà della partecipazione ai corsi che potrebbe condizionare il perseguimento dell'obiettivo

CRONOPROGRAMMA

	2 ° trim 2016	3° trim 2016	4 ° trim 2016	1° trim 2017	2 ° trim 2017	3° trim 2017	4 ° trim 2017	1° trim 2018	2 ° trim 2018	3° trim 2018	4 ° trim 2018
Organizzazione evento formativo specifico			X				X				X

AZIONE 4: Attività di controllo ufficiale di farmacovigilanza e farmacovigilanza.

I Servizi Veterinari delle ASL ai sensi del D.Lvo 193/2006 vigilano costantemente sull'osservanza delle disposizioni relative alla prescrizione di medicinali veterinari, effettuano i controlli ufficiali presso tutti gli operatori coinvolti nell'attività di distribuzione, dispensazione ed impiego del farmaco veterinario.

L'attività di farmacovigilanza è invece diretta a monitorare la sicurezza dei medicinali veterinari, inclusi gli antibiotici dopo l'autorizzazione all'immissione in commercio. Pertanto il compito dei Servi Veterinari sarà anche quello di sensibilizzare gli utilizzatori dei farmaci antimicrobici a segnalare come "sospetta reazione avversa" anche la diminuzione o assenza di efficacia di quell'antibiotico.

ATTIVITÀ PRINCIPALI:

Vigilanza su allevamenti, grossisti e farmacisti e veterinari liberi professionisti, sulla base della classificazione del rischio (farmacovigilanza).

TARGET	Veterinari ASL e veterinari liberi professionisti
SETTING	Comunità, Ambienti sanitari (Regione Abruzzo, ASL e veterinari LP), Ambienti di lavoro (Regione Abruzzo, ASL, veterinari LP)
INTERSETTORIALITÀ	Autorità competente regionale, locale, Nas

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
<i>Fonte: Regione</i>					
Numero dei controlli Su grossisti, farmacie e parafarmacie	43% (100% grossisti; 26% farmacie; 2.4% parafarmacie)	50% con almeno il controllo del 10% delle parafarmacie e mantenimento altri due parametri come da disposizioni ministeriali	55% con almeno il controllo del 10% delle parafarmacie e mantenimento altri due parametri come da disposizioni ministeriali	55% con almeno il controllo del 10% delle parafarmacie e mantenimento altri due parametri come da disposizioni ministeriali	55% con almeno il controllo del 10% delle parafarmacie e mantenimento altri due parametri come da disposizioni ministeriali

TARGET: grossisti, farmacie, allevamenti, veterinari zoiatri, sulla base della classificazione del rischio

ANALISI DEI RISCHI

Da valutare all'interno di ogni singola ASL la forza lavoro da utilizzare nell'attività ispettiva, stante la costante riduzione del personale veterinario dirigente.

CRONOPROGRAMMA

Il primo evento formativo sarà organizzato nel primo trimestre del 2016. Gli altri tre entro il 2018.

OBIETTIVO CENTRALE 10.3. Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario.

Strategia essenziale per la governance del sistema è sviluppare una rete di sorveglianza epidemiologica nazionale. Per raggiungere tale obiettivo la regione Abruzzo, come le altre, è chiamata a implementare infrastrutture già esistenti, al fine di realizzare un unico sistema integrato di reti di sorveglianza epidemiologica, che consenta di mettere a disposizione le informazioni utili a sostenere adeguatamente le politiche di valutazione e gestione dei rischi per la sicurezza alimentare e per le malattie trasmissibili all'uomo.

Situazione attuale

Attualmente le A.C. deputate al Controllo Ufficiale, con non poche difficoltà seguono le indicazioni del P.P.R.I.C. (Piano Pluriennale Regionale Integrato dei Controlli) e le attività in esso previste. Tuttavia la tematica delle M.T.A. è attualmente totalmente scissa dal sistema dei controlli sulle imprese poiché non è attualmente possibile con i sistemi a disposizione effettuare riscontri tra andamento delle malattie a trasmissione Alimentare e attività di controllo Ufficiale basate sulla categorizzazione del rischio. L'andamento delle M.T.A. dovrebbe diventare un parametro indicatore della gestione del rischio nei controlli ufficiali

Un sistema di controllo che operi correttamente non può prescindere da una rete laboratoristica ben organizzata ed efficiente, che disponga di un bacino di metodiche atte a soddisfare le esigenze del PPRIC.

Inoltre il completamento dei sistemi anagrafici rappresenta il presupposto fondamentale per la creazione del sistema di sorveglianza epidemiologica.

L'efficacia generale del sistema di controllo ufficiale non può prescindere dalla definizione e garanzia di adeguati standard di funzionamento, che includono il coordinamento tra le autorità competenti nonché attività di verifica sulle attività di controllo ufficiale svolte (verifica dell'efficacia e audit delle autorità competenti).

La formazione è il prerequisito per assicurare un'uniforme e coerente attività di controllo ufficiale sul territorio nazionale. Fondamentale in questo contesto è il concetto di RETE finalizzata alla condivisione delle problematiche, alla valutazione delle stesse in forma multidisciplinare e, alla messa in atto di attività codificate e proceduralizzate sulla base di standard al fine di far fronte alle diverse emergenze e sulla base della gestione del rischio.

Obiettivo: Sviluppo di un protocollo di intesa tra Regione ASL e laboratori di analisi per le tipologie di analisi relative alle MTA, eventuali modalità di coordinamento con IZS per tipizzazione di eventuali germi patogeni individuati e notifica di casi di tossinfezione alimentare relative alla diagnosi di laboratorio delle stesse.

Attività 1: Istituzione di un tavolo Tecnico nel corso del 2016 coordinato dalla Regione tra IZS e ASL per garantire percorsi privilegiati in caso di emergenze epidemiche sia per eventuale tipizzazione di agente patogeno, sia per la ricerca di sospetti agenti patogeni su alimenti, pasti, materie prime prelevate da imprese alimentari sospette di contaminazione.

Attività 2: Istituzione di un tavolo Tecnico nel corso del 2017 coordinato dalla Regione tra ASL e ARPA al fine di garantire percorsi privilegiati e immediati nel caso di emergenze epidemiche e non, legate al consumo di acqua ad uso umano e/o alle emergenze relative all'utilizzo di acque non sicure a scopo irriguo. Tale protocollo dovrà prevedere il coinvolgimento dei SIESP per gli aspetti della valutazione ambientale legati all'assetto territoriale ed eventualmente alla presenza di consorzi di bonifica sul territorio.

TARGET	ASL IZS, ARPA, laboratori d'analisi della regione Abruzzo
SETTING	Comunità, Ambienti sanitari (Regione Abruzzo, ASL, IZS, ARPA), Ambienti di lavoro (Regione Abruzzo, ASL, IZS, ARPA)
INTERSETTORIALITÀ	Autorità competente regionale, ASL, IZS, ARPA

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
---	----------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
10.3.1. Istituzione di un tavolo Tecnico nel corso del 2016 coordinato dalla Regione tra IZS e ASL per garantire percorsi privilegiati in caso di emergenze epidemiche sia per eventuale tipizzazione di agente patogeno, sia per la ricerca di sospetti agenti patogeni su alimenti, pasti, materie prime prelevate da imprese alimentari sospette di contaminazione	Non presente		Istituzione Tavolo tecnico		Protocollo di intesa per tra Regione ASL e laboratori di analisi per garantire un panel di analisi routinaria per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsti dalla direttiva 2003/99)
Istituzione di un tavolo Tecnico nel corso del 2017 coordinato dalla Regione tra IZS e ASL per garantire percorsi privilegiati in caso di emergenze epidemiche sia per eventuale tipizzazione di agente patogeno, sia per la ricerca di sospetti agenti patogeni su alimenti, pasti, materie prime prelevate da imprese alimentari sospette di contaminazione	NP			Istituzione tavolo tecnico	Protocollo di intesa tra Regione ASL e laboratori di analisi

CRONOPROGRAMMA

	2° trim 2016	3° trim 2016	4° trim 2016	1° trim 2017	2° trim 2017	3° trim 2017	4° trim 2017	1° trim 2018	2° trim 2018	3° trim 2018	4° trim 2018
Tavolo tecnico per le emergenze epidemiche	X										
Tavolo Tecnico per MTA					X						
Protocollo d'intesa ASL-IZS-ARPA										X	
Organizzazione evento formativo specifico	X			X			X			X	

OBIETTIVO CENTRALE 10.4. Completare i sistemi anagrafici.

L'obiettivo "completare i sistemi anagrafici" si riferisce all'implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore mangimi e all'adeguamento delle anagrafiche gestite da regione e ASL alla Masterlist di cui al Regolamento (CE) 852/2004.

Situazione attuale

Per quanto riguarda il settore mangimi, attualmente gli Operatori del Settore Mangimi (OSM), sono inseriti nel sistema informatizzato SIVRA. È necessario quindi operare un trasferimento sul sistema informatizzato nazionale SINVSA.

Il Ministero, le Regioni e Province Autonome, ognuno per quanto di competenza, assicurano l'implementazione del Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM, al fine di creare una banca dati completa, aggiornata e fruibile così come richiesto dal Reg. (CE) 183/2005, dal Regolamento (CE) n. 999/01, Regolamento (CE) n. 767/2009, dal Regolamento(CE) 1069/2009 e dal D.Lvo n. 90 del 3 Marzo 1993 e relativi decreti applicativi.

Al fine dell'inserimento delle anagrafiche nel sistema, tutte le Regioni e Province Autonome assicurano il rispetto del seguente crono programma:

Obiettivo: Completare i sistemi anagrafici

Attività 1: Trasferimento delle anagrafiche preesistenti in possesso della regione e/o delle ASL Inserimento sul Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle Anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVSA) e inserimento di tutti i nuovi operatori del settore mangimi (OSM) registrati o riconosciuti.

Attività 2: Classificazione delle attività soggette a registrazione seconda la "Masterlist" elaborata dal Ministero della Salute.

TARGET	Regione Abruzzo, ASL, IZS, sistema informatizzato regionale SIVRA
SETTING	Ambienti sanitari (Regione Abruzzo, ASL, IZS, ARTA), Ambienti di lavoro (Regione Abruzzo, ASL, IZS, ARTA)
INTERSETTORIALITÀ	Autorità competente regionale, ASL, IZS, ARTA

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
10.4.1. Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi	Non presente sul sistema SINVSA	Tutti gli operatori riconosciuti ai sensi dell'art. 10 del Reg. (CE) n. 183/2005 saranno inseriti in modo puntuale o trasferiti in maniera massiva in SINVSA	Tutti gli operatori registrati ai sensi dell'art. 9 del Reg. (CE) n. 183/2005 operanti nel settore post-primario saranno inseriti in modo puntuale o trasferiti in maniera massiva in SINVSA		

Attività 2: Classificazione delle attività soggette a registrazione seconda la "Masterlist" elaborata dal Ministero della Salute

TARGET	Regione Abruzzo, ASL, IZS, sistema informatizzato regionale SIVRA
SETTING	Ambienti sanitari (Regione Abruzzo, ASL, IZS, ARTA), Ambienti di lavoro (Regione Abruzzo, ASL, IZS, ARTA)
INTERSETTORIALITÀ	Autorità competente regionale, ASL, IZS, ARTA

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
10.4.2. Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Master list" regolamento (CE) 852/2004	Non presente			Conformità dell'anagrafe regionale alla master list regolamento (CE) 852/2004	

CRONOPROGRAMMA

	1° trim 2016	2° trim 2016	3° trim 2016	4° trim 2016	1° trim 2017	2° trim 2017	3° trim 2017	4° trim 2017	1° trim 2018	2° trim 2018	3° trim 2018	4° trim 2018
Tutti gli operatori riconosciuti ai sensi dell'art. 10 del Reg. (CE) n. 183/2005 saranno inseriti in modo puntuale o trasferiti in maniera massiva in SINVSA	X											
Tutti gli operatori registrati ai sensi dell'art. 9 del Reg. (CE) n. 183/2005 operanti nel settore post-primario saranno inseriti in modo puntuale o trasferiti in maniera massiva in SINVSA				X								
Conformità dell'anagrafe regionale alla master list regolamento (CE) 852/2004								X				

OBIETTIVO CENTRALE 10.5. Gestire le emergenze relative alla sicurezza alimentare, epidemiche e non, e gli eventi straordinari.

Il Piano si propone di individuare le risorse, definire i compiti, le responsabilità e le modalità d'intervento e di coordinamento dei diversi livelli istituzionali responsabili della prevenzione e gestione delle emergenze in caso di focolai di malattie degli animali a carattere epidemico e/o emergenze alimentari, e/o eventi straordinari.

Tale Piano prevede inoltre tutte le misure da applicare sia nella fase ordinaria, sia nella fase di emergenza volte a tutelare la Sanità Pubblica, a migliorare la Sanità Animale e a ridurre i rischi di contagio.

L'intento primario è l'implementazione su tutto il territorio regionale di attività volte a raccogliere informazioni e dati di tipo epidemiologico che, elaborati, consentano la prevenzione, la rapida individuazione della comparsa di tali emergenze e l'applicazione di misure di controllo.

Nella fase ordinaria, quindi, sono fondamentali la previsione e la predisposizione di programmi di monitoraggio e sorveglianza, in collaborazione con le autorità sanitarie territoriali e gli istituti consultivi tecnico-scientifici, in grado di mantenere alta la vigilanza sul territorio e realizzare così uno strumento flessibile e dinamico, oggetto di periodiche revisioni in virtù delle variazioni biologiche, ambientali e temporali.

Allo stesso tempo, è essenziale predisporre e pianificare gli interventi rivolti all'applicazione delle misure e dei provvedimenti da attuare nella fase di emergenza, nell'intento di ripristinare quanto prima lo stato d'indennità, proteggere l'ambiente e limitare l'impatto economico.

I pilastri di un'efficace risposta a una situazione di emergenza sanitaria sono costituiti da una chiara individuazione dei poteri legali, da una ben definita linea di comando gerarchica e da livelli operativi efficacemente coordinati. Una corretta organizzazione ed un'adeguata preparazione costituiscono infatti gli aspetti più significativi nella gestione di un'emergenza. Tutte le istituzioni potenzialmente coinvolte nella gestione di una situazione d'emergenza devono essere individuate preventivamente. E' fondamentale, quindi, la sinergica collaborazione tra le Autorità governative, pubbliche e internazionali, le associazioni di categoria e tutti i soggetti interessati, mediante le incombenze e gli interventi descritti nelle sezioni successive.

Azione 10.5.1: predisposizione di un piano operativo sulle emergenze di tipo epidemico

1. Coinvolgimento del comitato regionale zooprofilassi (ASL, Università, IZS)
2. Coinvolgimento delle altre componenti che concorrono alla gestione (prefettura, protezione, civile, Vigili del Fuoco, Forze di Polizia, ARTA, etc.)
3. Predisposizione del piano
4. Realizzazione di un evento esercitativo su scala regionale, recante la simulazione della gestione di un'emergenza relativa ad una malattia animale.

Indicatore di processo	Baseline	2015	2016	2017	2018
Coinvolgimento del comitato regionale zooprofilassi (ASL, Università, IZS)		X			
Coinvolgimento delle altre componenti che concorrono alla gestione (prefettura, protezione, civile, VV.FF., forze di polizia etc., ARTA)		X			
Predisposizione del piano			X		
Realizzazione di un evento esercitativo su scala regionale, recante la simulazione della gestione di un'emergenza relativa ad una malattia animale				X	

TARGET	Regione, Aziende ASL, Istituto zooprofilattico sperimentale, Università di medicina e medicina veterinaria, CFS, Prefettura, VV.FF., forze di polizia, Parchi, riserve e aree protette
---------------	--

SETTING	II.ZZ.SS. <input checked="" type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Parchi, Riserve e Aree Protette <input checked="" type="checkbox"/>	Forze di Polizia, VV. FF. Corpo Forestale <input checked="" type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	Regione, Aziende ASL, Istituto zooprofilattico sperimentale, Università di medicina e medicina veterinaria, CFS, Prefettura, VV.FF., forze di polizia, Parchi, riserve e aree protette, ARTA			

Indicatori di esito <i>Fonte: Regione Abruzzo;</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
10.5.1. Realizzazione del piano operativo integrato di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari			X		
10.5.3. Realizzazione di un evento esercitativo su scala regionale, recante la simulazione della gestione di un'emergenza relativa ad una malattia animale				X	

Azione 10.5.2: predisposizione di un piano operativo sulle emergenze di tipo non epidemico

1. coinvolgimento del comitato regionale zooprofilassi (ASL, Università, IZS)
2. coinvolgimento delle altre componenti che concorrono alla gestione (prefettura, protezione, civile, VV.FF., forze di polizia etc.)
3. predisposizione del piano
4. realizzazione di un evento esercitativo su scala regionale, che coinvolga il personale delle ASL (servizi veterinari SIAN, degli IZS e dell'ARTA, tramite la simulazione di un'emergenza di campo sulla sicurezza alimentare.

Indicatore di processo	Baseline	2015	2016	2017	2018
1 Individuazione di un gruppo tecnico di lavoro;		X			
2 Coinvolgimento delle altre componenti che concorrono alla gestione (prefettura, protezione, civile, VV.FF., forze di polizia etc.);		X			
3 Predisposizione del piano;				X	
4 Realizzazione di un evento esercitativo su scala regionale, che coinvolga il personale delle ASL (servizi veterinari SIAN, degli IZS e dell'ARTA, tramite la simulazione di un'emergenza di campo sulla sicurezza alimentare.					X

TARGET	Regione, Aziende ASL, ARTA, Istituto zooprofilattico sperimentale, Università di medicina e medicina veterinaria, CFS, Prefettura, VV.FF., forze di polizia, Parchi, riserve e aree protette
---------------	--

SETTING	II.ZZ.SS. A.R.T.A. <input checked="" type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Parchi, Riserve e Aree Protette <input checked="" type="checkbox"/>	Forze di Polizia, VV. FF. Corpo Forestale <input checked="" type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	Regione, Aziende ASL, A.R.T.A., Istituto zooprofilattico sperimentale, Università di medicina e medicina veterinaria, CFS, Prefettura, VV.FF., forze di polizia, Parchi, riserve e aree protette			

Indicatori di esito <i>Fonte: Regione Abruzzo;</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Realizzazione del piano				X	
10.5.2. Realizzazione di un evento esercitativo su scala regionale per l'applicazione del piano di emergenza, che coinvolga il personale delle ASL (servizi veterinari SIAN, degli IZS e dell'ARTA, tramite la simulazione di un'emergenza di campo sulla sicurezza alimentare.					X

ANALISI DEI RISCHI	1. difficoltà di coordinamento tra i vari portatori di interesse 2. problemi organizzativi e dei singoli Servizi Asl
---------------------------	---

CRONOPROGRAMMA

	4 ° trim 2017	1° trim 2018	2 ° trim 2018	3° trim 2018	4 ° trim 2018
Realizzazione di un evento esercitativo su scala regionale, recante la simulazione della gestione di un'emergenza relativa ad una malattia animale	X				
Realizzazione di un evento esercitativo su scala regionale, che coinvolga il personale delle ASL (servizi veterinari SIAN, degli IZS e dell'ARTA, tramite la simulazione di un'emergenza di campo sulla sicurezza alimentare.					X

Obiettivo centrale 10.7. Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici.

Situazione attuale

Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise, con sede in Teramo, è ente di diritto pubblico a carattere interregionale, denominato Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale".

Le Regioni Abruzzo e Molise si avvalgono dell'Istituto zooprofilattico sperimentale quale strumento operativo di ricerca tecnico scientifica e di erogazione di servizi di Sanità pubblica veterinaria, di zootecnia e di formazione professionale degli operatori e delle maestranze di questi tre settori di attività tecnico-economiche in ambito regionale.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" (IZSAM) è un Ente sanitario pubblico che contribuisce al benessere fisico, mentale e sociale dell'uomo attraverso un'incessante azione di ricerca e sperimentazione rivolta al sistema integrato "benessere e sanità animale - sicurezza alimentare - tutela ambientale".

L'IZSAM opera come strumento tecnico-scientifico dello Stato e delle Regioni Abruzzo e Molise, offrendo servizi ad alto valore aggiunto ed elevato contenuto di conoscenza e innovazione nei settori della Sanità animale, della Sanità Pubblica Veterinaria e della tutela dell'ambiente, per la salvaguardia della salute degli animali e dell'uomo.

I principali compiti definiti dal legislatore sono la ricerca sperimentale sull'eziologia e la patogenesi delle malattie infettive e diffuse degli animali, l'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; gli esami per la diagnosi di laboratorio delle malattie animali, per la sicurezza microbiologica e chimica degli alimenti di origine animale destinati all'alimentazione umana e dei mangimi zootecnici; la sorveglianza epidemiologica nell'ambito della sanità animale, dell'igiene delle produzioni zootecniche e degli alimenti di origine animale; la produzione di vaccini, reagenti e prodotti immunologici per la profilassi e la diagnosi delle malattie animali; la consulenza, l'assistenza e l'informazione sanitaria agli allevatori per la bonifica sanitaria e per lo sviluppo e il miglioramento igienico delle produzioni animali; la formazione e l'aggiornamento di veterinari e di altri operatori di Sanità Pubblica Veterinaria.

Tutte le attività sono certificate e sottoposte a rigorosi controlli di qualità sin dal 1995, quando l'Istituto è diventato il primo Ente pubblico veterinario in Italia accreditato secondo le norme internazionali sulla qualità per l'esecuzione delle prove di laboratorio in campo chimico, microbiologico, virologico e sierologico. L'accreditamento, ottenuto tre anni in anticipo sulla data imposta dalla Comunità Europea, oggi interessa tutte le sezioni diagnostiche. Dal 2004 anche la Formazione è riconosciuta come conforme ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2000.

Rispetto al centinaio di dipendenti di fine anni '80, oggi l'IZSAM può contare su circa 500 unità. Sulla scorta dell'esperienza acquisita in ambito nazionale e internazionale, il Ministero della Salute lo ha designato Centro di Riferenza Nazionale e Laboratorio Nazionale di Riferimento in specifici ambiti di attività. Anche i principali Organismi internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la Food and Agriculture Organization delle Nazioni Unite (FAO) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale (OIE) hanno affidato all'Istituto il ruolo di Centro di Collaborazione e Laboratorio di Riferimento in specifici ambiti di attività.

Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente (ARTA)

L'Arta, Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente della Regione Abruzzo, viene istituita con l'approvazione della Legge Regionale n. 64/98. La legge attua organicamente quanto disposto dalla L. n. 61 del 21 gennaio 1994, che, insieme all'istituzione dell'ANPA, - Agenzia Nazionale per la Protezione dell'Ambiente - provvede alla riorganizzazione dei controlli ambientali. Nel gennaio 2000 l'Agenzia viene poi formalmente costituita e inizia la sua attività, utilizzando le risorse umane e strumentali degli ex P.M.I.P. (Presidi Multizonali di Igiene e Prevenzione) delle USL. L'attività di prevenzione, protezione e tutela ambientale che viene affidata all'Arta dalla L.R. 64/98, è complessa e specialistica; in particolare tra le competenze istituzionali sono compresi: Compiti e funzioni in materia di controlli e monitoraggio ambientale di fattori fisici, chimici, geologici e biologici, in materia di rifiuti, inquinamento acustico, di qualità dell'aria, delle acque e del suolo; Compiti e funzioni in materia di formazione ed educazione ambientale; Predisposizione di studi, ricerche, pareri in materia di prevenzione, protezione e tutela ambientale anche in collaborazione con le Università della Regione, in applicazione del D.P.R. 203/88, del D.Lgs. 22/97, del D.

Lgs. 152/99 ecc.; Attività di studio, ricerca e controllo dell'ambiente marino e costiero; degli aspetti fitosanitari del verde pubblico e delle Aree Naturali Protette nonché dei prodotti agricoli esposti ad inquinamento; Svolgimento di attività di supporto tecnico scientifico per conto della Regione, Enti Locali (Province e Comuni), per le attività connesse all'approvazione di progetti e al rilascio di autorizzazioni in materia ambientale; Rilascio di certificazioni ambientali quali: EMAS, ISO 14001, V.A.S. (Valutazione Ambientale Strategica), V.I.A. (Valutazione Impatto Ambientale; Collaborazione con l'ANPA e partecipazione a programmi comunitari e nazionali di ricerca e sviluppo in campo ambientale; Funzioni inerenti le attività di laboratori deputati al controllo ufficiale dell'acqua destinata ad uso umano; Gestione del sistema telematico di documentazione legislativa e tecnico-scientifica in materia di prevenzione e tutela dell'ambiente; Prestazioni a favore di privati purchè le stesse non risultino incompatibili dal punto di vista dell'imparzialità che l'Agenzia è tenuta a garantire nell'esercizio dei compiti di istituto; Erogazione di servizi per il conseguimento dei fini istituzionali anche in rapporto a progetti predisposti da Enti territoriali che prevedono oneri a carico dell'utente.

Osservatorio epidemiologico e veterinario

La disciplina dell'osservatorio epidemiologico è inserito nella LR 5 / 2008 ed è in fase di organizzazione con l'accordo Regione Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Teramo.

Azione 10.7. Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici

1. coinvolgimento dei rappresentanti dei laboratori (IZS, ARTA), della regione (servizio sanità veterinaria e sicurezza alimentare) e ASL.
1. Ricognizione della situazione attuale delle capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici comparato alle esigenze dei piani di prevenzione regionali e con gli standard dell'intesa stato – regioni del 7 febbraio
2. Emissione documento di coerenza con gli standard dell'intesa stato – regioni del 7 febbraio

TARGET	Regione, Aziende ASL, Istituto zooprofilattico sperimentale, Università di medicina e medicina veterinaria, CFS, Prefettura, VV.FF., forze di polizia, Parchi, riserve e aree protette			
SETTING	II.ZZ.SS. <input checked="" type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Regione Abruzzo Osservatorio epidemiologico veterinario ASR <input checked="" type="checkbox"/>	ARTA <input checked="" type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	Regione, ASR, Aziende ASL, Istituto zooprofilattico sperimentale, ARTA			

Indicatore di processo	Baseline	2015	2016	2017	2018
Coinvolgimento dei rappresentanti dei laboratori (IZS, ARTA), della regione (servizio sanità veterinaria e sicurezza alimentare, osservatorio epidemiologico, Agenzia Sanitaria regionale) e ASL.			X		
Emissione documento di coerenza con gli standard dell'intesa stato – regioni del 7 febbraio			X		

Indicatori di esito <i>Fonte: Regione Abruzzo</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Evidenza documentale che attesti che il processo di pianificazione delle analisi soddisfa le esigenze dei piani di prevenzione regionale.			X		
10.7.1. Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di			X	X	X

cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013					
--	--	--	--	--	--

CRONOPROGRAMMA

	1° trim 2016	2° trim 2016	3° trim 2016	4° trim 2016	1° trim 2017	2° trim 2017	3° trim 2017	4° trim 2017	1° trim 2018	2° trim 2018	3° trim 2018	4° trim 2018
Coinvolgimento dei rappresentanti dei laboratori (IZS, ARTA), della regione (servizio sanità veterinaria e sicurezza alimentare, osservatorio epidemiologico, Agenzia Sanitaria regionale) e ASL.	X											
Emissione documento di coerenza con gli standard dell'intesa stato – regioni del 7 febbraio				X								
Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013		X				X				X		

OBIETTIVO CENTRALE 10.9. Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi incluse le persone celiache.

Razionale e descrizione del progetto

La celiachia è un'enteropatia autoimmune permanente scatenata dall'ingestione del glutine, rappresenta l'intolleranza alimentare più frequente con una prevalenza stimata intorno all'1% considerando sia la fascia degli adulti sia quella dei bambini.

Le diagnosi di celiachia in Abruzzo aumentano di anno in anno (3370 diagnosticati nel 2011, 3646 diagnosticati nel 2012, 3909 diagnosticati nel 2013) così come nella maggior parte delle regioni italiane. Secondo la più recente Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia del 2013 in Abruzzo i celiaci sarebbero 3909, ovvero lo 0,29% della popolazione abruzzese residente nell'anno di riferimento. Da più recenti dati regionali (non pubblicati) il numero dei diagnosticati per celiachia è salito nell'anno 2014 a 4139.

REGIONE ABRUZZO	n° Celiaci Diagnosticati 2013	Popolazione al 31.12.2013	Prevalenza celiaci su popolazione
ASL LVC	1173	393734	0,29%
ASL PE	964	322401	0,29%
ASL TE	660	311103	0.21%
ASL ASAQ	1112	306701	0.36%
TOTALE REGIONE	3909	1333939	0,29%

Dal censimento del 2013 le mense che, ai sensi della Legge 123/2005 devono garantire su richiesta un pasto senza glutine, risultano in Abruzzo 1103 (17 in più rispetto al 2012): 939 sono mense scolastiche, 19 mense ospedaliere e 145 mense annesse alle pubbliche amministrazioni. Secondo dati 2014 (non pubblicati) il numero di mense totali in Abruzzo corrisponde a 1107 (945 le scolastiche, 19 le ospedaliere e 143 le pubbliche).

I corsi di formazione e aggiornamento professionale in materia di celiachia attivati nella regione Abruzzo sono stati 128 nel 2013 con un numero di partecipanti pari a 3613 operatori del settore alimentare che ogni giorno producono e/o somministrano pasti/alimenti senza glutine. Sebbene nel triennio 2011-2013 la regione Abruzzo sia stata tra le più attive nella formazione il numero dei corsi attivati è leggermente in calo (n. 178 corsi nel 2011, n.158 corsi nel 2012, n.128 corsi nel 2013). Da dati recenti regionali (non pubblicati) il numero dei corsi attivati nel 2014 appare diminuito a n.98 con un numero totale di partecipanti pari a 3090 operatori del settore alimentare.

Sulla banca dati regionale ex-Sivra sono registrate in Abruzzo n.8 ditte riconosciute per la produzione e commercializzazione di alimenti privi di glutine. Dati regionali dell'Associazione Italiana Celiachia (AIC) Abruzzo - progetto "Alimentazione Fuori Casa" riportano la presenza di n.67 Ristoranti, Pizzerie, B&B e Hotel (PE 15, CH 23, TE 13, AQ 03) e n.20 Gelaterie (PE 6, CH 6, TE 5, AQ 3).

L'unica terapia attualmente disponibile per i soggetti celiaci è la completa e permanente esclusione dalla dieta di tutte le possibili fonti di glutine. Seguire una dieta senza glutine è necessario per prevenire le complicanze della celiachia. Per questo motivo diventa necessario rendere disponibile alla popolazione celiaca un'adeguata e variata offerta di prodotti alimentari idonei e rispondenti agli specifici bisogni, a tal scopo risulta fondamentale anche il ruolo degli Operatori del Settore Alimentare la cui formazione è uno strumento essenziale nel settore della ristorazione nonché punto critico e delicato nella ristorazione senza glutine. Inoltre, essendo la malattia curabile attraverso la dieta ma non guaribile, si assume che la dieta debba essere effettuata per tutta la vita. Ciò rende superfluo l'obbligo di rinnovo annuale della prescrizione, ferma restando la necessità di controlli almeno annuali della adesione alla dieta mediante dosaggio degli anticorpi sierici anti transglutaminasi.

Evidenze

Non esistendo una terapia farmacologica per la celiachia la dieta aglutinata rappresenta l'unica strategia di cura. Nei pazienti in cui viene ritardata la diagnosi e in quelli in cui c'è una scarsa *compliance* dietetica il rischio di complicanze aumenta. Il linfoma non-Hodgkin a localizzazione intestinale è stato dimostrato essere la complicanza più severa in termini prognostici.

Comorbidità (diminuzione della densità minerale ossea, disturbi autoimmuni, infertilità, isolata ipertransaminasemia) sono strettamente collegate al grado di malassorbimento, al periodo di esposizione al glutine e alla non corretta osservanza della dieta (assunzioni accidentali di glutine).

(Nutritional consequences of celiac disease and the gluten-free diet. Thimmaiah G Theethira, Melinda Dennis, and Daniel A Leffler. Expert Review of Gastroenterology & Hepatology. February 2014, Vol. 8, No. 2, Pages 123-129.).

(Mortality in patients with coeliac disease and their relatives: a cohort study. Corrao G, Corazza GR, Bagnardi V, Brusco G, Ciacci C, Cottone M, et al. Lancet 2001; 358:356-61).

(La malattia celiachia in medicina generale. Umberto Volta, Enzo Ubaldi. AIC-SIMG-Fondazione Celiachia-Pacini Editore Medicina- 2009.).

(“Relazione Annuale al Parlamento sulla Celiachia anno 2013”. Ministero della Salute - Direzione Generale per l’Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione).

Sostenibilità

Le attività proposte sono sostenibili nel tempo in quanto la predisposizione di un pacchetto formativo *ad hoc* garantirà negli anni incontri annuali con gli Operatori del Settore Alimentare.

La formazione degli OSA è ripetuta annualmente al fine di formare nuovi operatori esperti nelle corrette pratiche di gestione delle attività.

L’aggiornamento sul sito ASL dell’elenco delle imprese alimentari che producono/somministrano alimenti privi di glutine avverrà tramite l’ufficio di comunicazione delle ASL in relazione alle nuove notifiche.

Le attività nelle classi degli Istituti Alberghieri saranno svolte prevalentemente da operatori AUSL già individuato e formato unitamente al personale docente specifico.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

- Report “Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia” dati nazionali e regionali
- Banca dati regionale ex-sivra

Contrasto alle diseguaglianze

Riguardo la celiachia, essendo una patologia autoimmune e non determinata da stili di vita errati, il contrasto alle diseguaglianze è orientato soprattutto a rendere il più possibile omogenee le scelte alimentari per celiaci e non nella ristorazione collettiva e pubblica, tramite l’introduzione nelle linee guida regionali di specifiche ricette che tengano anche conto della multiculturalità alimentare.

Obiettivi specifici:

Obiettivo specifico del progetto è la realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare.

AZIONI

Le azioni del progetto “Celiachia” sono:

1. Realizzazione di anagrafe di imprese alimentari che producono e somministrano alimenti privi di glutine (BDR – banca dati regionale)
2. Adozione di linee guida regionali per la formazione degli addetti alla preparazione, vendita e somministrazione di alimenti per celiaci
3. Formazione e aggiornamento professionale sulla celiachia e alimentazione senza glutine dei ragazzi delle classi 5° indirizzo cucina , sala e ricevimento degli Istituti alberghieri
4. Realizzazione sul home page dei siti aziendali di spazio per la celiachia
5. Favorire la adesione alla dieta attraverso la abolizione dell’obbligo del rinnovo annuale della prescrizione alle persone celiache

TARGET (indicare la fascia di età)	Popolazione infantile e giovanile delle scuole dell’infanzia, primaria, media inferiore e media superiore.			
SETTING	Scuola <input checked="" type="checkbox"/>	Comunità <input checked="" type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	Associazione imprese alimentari, Associazione cuochi, Gestori del servizio di ristorazione scolastica, Istituti alberghieri, Associazione Italiana Celiachia (AIC) sedi provinciali e sede regionale.			

Indicatori di esito <i>Fonte: Regione</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
--	----------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Realizzazione di un programma integrato di formazione /informazione per gli operatori del settore alimentare Cod. indicatore 10.9.1.	Non rilevato in maniera standardizzata	Raccolta documenti	Realizzazione di un programma integrato di evento formativo	Realizzazione di un evento formativo	Realizzazione di n. 4 eventi formativi (n. 1 per ASL)
---	--	--------------------	---	--------------------------------------	---

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>		Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
MACROBIETTIVO 2.10	INDICATORE Processo	0	Raccolta e perfezionamento dati di tutte le attività	50% imprese inserite in BDR	100% imprese inserite in BDR	Report attività svolte
Obiettivo 10.9 Realizzazione di anagrafe di imprese alimentari che producono e somministrano alimenti privi di glutine (BDR – banca dati regionale)	BDR regionale (sentinella)					
MACROBIETTIVO 2.10	INDICATORE SENTINELLA	0	Valutazione documenti con i portatori di interesse	Stesura linee guida regionali per formazione	Comunicazione linee guida regionali	Report attività svolte
Obiettivo 10.9 Adozione di linee guida regionali per la formazione degli operatori addetti alla preparazione, vendita e somministrazione di alimenti per celiaci	Adozione di linee guida regionali (sentinella)					
MACROBIETTIVO 2.10	INDICATORE processo	0	Censimento del 100% delle classi 5° Istituti Alberghieri indirizzo cucina, sala, ricevimento	Incontri formativi standardizzati sulla base delle LG regionali Classi cucina (n.1 evento formativo per classe per anno)	Incontri formativi classi standardizzati sulla base delle LG regionali Sala e ricevimento (n.1 evento formativo per classe per anno)	Report attività svolte
Obiettivo 10.9 Formazione e aggiornamento professionale sulla celiachia e alimentazione senza glutine dei ragazzi delle classi 5° indirizzo cucina, sala e ricevimento degli Istituti alberghieri	Disponibilità di un elenco completo delle classi 5° Istituti alberghieri					

MACROBIETTIVO 2.10	INDICATOR E Processo					
Obiettivo 10.9 Realizzazione sul home page dei siti aziendali di spazio per la celiachia	Spazio celiachia	0	Gruppo di lavoro individuato	Realizzazione check list	Spazio Home page	Report attività svolte
MACROBIETTIVO 2.10	INDICATOR E DI PROCESSO					
Obiettivo 10.9 Abolizione obbligo rinnovo annuale prescrizione per esenzione partecipazione alla spesa per dieta aglutinata (Indicatore sentinella)	Adozione provvedimento regionale	0		Redazione provvedimento regionale	Approvazione del provvedimento regionale con atto formale	Verifica attuazione provvedimento in tutte le Asl

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015	2016	2017	2018
1. Realizzazione di anagrafe di imprese alimentari che producono e somministrano alimenti privi di glutine (BDR – banca dati regionale)		X	X	X
2. Adozione di linee guida regionali per la formazione degli addetti alla preparazione, vendita e somministrazione di alimenti per celiaci		X	X	
3. Formazione e aggiornamento professionale sulla celiachia e alimentazione senza glutine dei ragazzi delle classi 5° indirizzo cucina, sala e ricevimento degli Istituti alberghieri		X	X	X
4. Realizzazione sul home page dei siti aziendali di spazio per la celiachia			X	X
5. Favorire la adesione alla dieta attraverso la abolizione dell'obbligo del rinnovo annuale della prescrizione alle persone celiache		x	x	x

ANALISI DEI RISCHI	RISCHI	AZIONI CORRETTIVE
	1. Non adeguamento normativa regionale	Sensibilizzazione tramite portatori d'interesse
	2. Non adesione OSA	Visibilità sito AUSL esercizi pubblici e rivenditori
	3. Non adesione di istituti scolastici e delle classi target	Contatti diretti e individuali con dirigenti scolastici e insegnanti (counseling motivazionale su rete scuole promotrici di salute con bollino)
	4. Carenza personale dedicato ASL	Individuazione personale ad hoc già impegnato in progetti nel setting scuola e comunità
	5. Scarse risorse finanziarie ad hoc	Finalizzazione risorse specifiche

OBIETTIVO CENTRALE 10.10. Ridurre i disordini da carenza iodica.

Razionale e descrizione del progetto

Sulla Iodoprofilassi un recente (2014) rapporto Istisan mette a disposizione dati nazionali e regionali sull'andamento della campagna di prevenzione delle patologie da carenza iodica tramite l'utilizzo del sale iodato.

Con la Legge n. 55 del marzo 2005 "Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica" viene stabilito a livello nazionale un importante strumento legislativo volto a ridurre la frequenza dei disordini derivanti della carenza di iodio. Ad oggi infatti il nostro Paese risulta in una condizione di carenza nutrizionale di iodio che, seppure non severa, determina ancora un'alta frequenza di gozzo e di altri disordini correlati.

La normativa prevede una serie di misure finalizzate a promuovere il consumo di sale arricchito di iodio (30 mg/kg) su tutto il territorio nazionale, quali la presenza obbligatoria di sale iodato nei punti vendita, la fornitura del sale comune soltanto su specifica richiesta dei consumatori, l'uso di sale arricchito di iodio nella ristorazione collettiva e la possibilità di utilizzazione nella preparazione e nella conservazione dei prodotti alimentari.

Per ciò che riguarda i dati di vendita fino ad oggi raccolti riportati dall'ISS nel rapporto Istisan 2014, si evince chiaramente che poco più del 50% di tutto il sale venduto presso la grande distribuzione è sale iodato. Inferiore è la percentuale di vendita di sale iodato (23%) nella ristorazione collettiva.

Secondo il rapporto un'alimentazione che non includa l'impiego di sale iodato non è in grado di soddisfare il fabbisogno quotidiano della popolazione generale (57% RDA per gli uomini adulti, 59% RDA per le donne adulte, 69% RDA per gli adolescenti maschi, 63% RDA gli adolescenti di sesso femminile e 63% per i bambini).

La Regione Abruzzo è da sempre considerata una Regione ad endemia gozzigena lieve-moderata. Diversi studi hanno consentito di confermare una condizione di carenza iodica lieve-moderata nella Regione Abruzzo.

Vendite di sale iodato in Abruzzo

(Fonte: Istituto Superiore di Sanità. Rapporto Istisan. Attività di monitoraggio del programma nazionale per la prevenzione dei disordini da carenza iodica. Giugno 2014.)

Dal 2008 è stata monitorata la percentuale di vendita di sale allo scopo di verificare l'impatto della campagna di sensibilizzazione all'uso di sale iodato.

È evidente un significativo incremento dal 13% del 1998 al 33,5% del 2001; negli anni successivi tuttavia la percentuale di sale iodato rispetto al totale non è ulteriormente cresciuta: 31,7% nel 2005, 34,6% nel 2007, 31,3% nel 2009, 30,8% nel 2012 ad indicare che il "messaggio" iodoprofilassi richiede ulteriore divulgazione.

ANNO	1998	2001	2005	2007	2009	2012
% vendite sale iodato in Abruzzo	13%	33,5%	31,7%	34,6%	31,3%	30,8%

Evidenze

Le conseguenze della carenza nutrizionale di iodio costituiscono ancora oggi un grave problema sanitario e sociale che interessa un numero elevato di persone nel nostro Paese e nel resto del mondo. Si stima, infatti, che circa il 29% della popolazione mondiale sia ancora esposta alla carenza di iodio, mentre in Italia circa il 12% della popolazione è affetta da gozzo. Gli effetti negativi di questa carenza nutrizionale si possono verificare in tutte le fasi della vita.

La strategia raccomandata dalla World Health Organization a livello mondiale per l'eradicazione dei disturbi da carenza iodica è quella di utilizzare come veicolo il sale alimentare arricchendolo delle opportune quantità di iodio.

Sostenibilità

Le attività proposte sono sostenibili nel tempo in quanto le attività per la sensibilizzazione sono inserite nei corsi di formazione agli alimentaristi per l'ottenimento dell'attestato di formazione già operanti e previsti da specifica normativa regionale.

Il rilevamento presso gli esercizi di vendita e di ristorazione è previsto in corso di controlli ufficiali programmati con semplice adeguamento di verbale ispettivo.

Le locandine e gli opuscoli informativi verranno consegnati agli operatori del settore alimentari durante gli accessi al Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione con personale già addetto al settore.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

Report Osservatorio nazionale ISS e Ministero della Salute.

Contrasto alle disuguaglianze

L'utilizzo di sale iodato nella ristorazione pubblica e specificatamente quella scolastica permette la disponibilità di iodio tramite la dieta a tutta la popolazione che fruisce di pasti in tali contesti.

La vendita di sale iodato in evidenza in tutti gli esercizi anche nelle periferie e nelle zone socio economiche più svantaggiate permette l'accesso pure alle persone che per basso livello di istruzione non avrebbero scelto l'acquisto di sale iodato.

Obiettivi specifici:

Obiettivo specifico del progetto è l'esecuzione dei controlli e la trasmissione dei dati relativi alle verifiche della presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva al fine di ridurre i disordini da carenza iodica.

AZIONI

Le azioni del progetto "Ridurre i disordini da carenza iodica" sono:

1. Censimento dalla banca dati regionale di: Rivenditori di prodotti alimentari e esercizi Sali e Tabacchi, Produttori alimentari, Gestori del servizio di ristorazione pubblica (ristoranti, pizzerie, gastronomie, pasta all'uovo, tavole calde) e collettiva
2. Adozione (recepimento) di linee guida per trasmissione dati dei controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva (Ministero della Salute - Iss)
3. Adeguamento dei verbali e dei controlli ufficiali con aggiunta di apposito spazio per la rilevazione della presenza di sale iodato
4. Consolidamento di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale, già in essere nella regione Abruzzo dal 2015
5. Sensibilizzazione ai rivenditori di prodotti alimentari nella formazione specifica agli alimentaristi secondo normativa regionale

TARGET (indicare la fascia di età)	Popolazione generale			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input checked="" type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	Distributori e rivenditori di sale, Gestori del servizio di ristorazione pubblica e collettiva, Servizi ASL, Operatori del settore alimentare.			

Indicatori di esito <i>Fonte: Asl regionali, Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale Cod. indicatore 10.10.1	Già in essere nella regione Abruzzo dal 2015				100% Consolidamento
Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva Cod. indicatore 10.10.2	0		Recepimento linee guida per trasmissione dati dei controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e	Trasmissione dati controlli secondo protocollo standardizzato da linee guida 50%	Trasmissione dati controlli secondo protocollo standardizzato da linee guida 100%

			ristorazione collettiva (Ministero- ISS)		
--	--	--	---	--	--

Indicatori di processo <i>Fonte: Regione</i>		Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
MACROBIETTIVO 2.10	INDICATORE Processo					
Obiettivo 10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica	Elenco dei rivenditori di prodotti alimentari e esercizi sali e tabacchi, produttori alimentari, gestori del servizio di ristorazione pubblica per tipologia Da banca dati regionale	0		Completa- mento elenco dei rivenditori di prodotti alimentari e esercizi sali e tabacchi, produttori alimentari, gestori del servizio di ristorazione pubblica per tipologia		
MACROBIETTIVO 2.10	INDICATORE SENTINELLA					
Obiettivo 10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica	Adozione (recepimento) di linee guida per trasmissione dati dei controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva (Ministero della Salute -Iss).	0		Recepimen- to linee guida con atto formale		
MACROBIETTIVO 2.10	INDICATORE processo					
Obiettivo 10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica	Adeguamento dei verbali e dei controlli ufficiali con aggiunta di apposito spazio per la rilevazione della presenza di sale iodato	0		Predisposiz- ione e adozione dei verbali ispettivi per controlli ufficiali con aggiunta di apposito spazio per la rilevazione della		

				Adozione nel 100% dei SIAN		
		0			Esecuzione dei controlli ufficiali secondo frequenze stabilite nel PRIC 100%	Esecuzione dei controlli ufficiali secondo frequenze stabilite nel PRIC 100%
Obiettivo 10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica	Sensibilizzazione ai rivenditori di prodotti alimentari nella formazione specifica agli alimentaristi secondo normativa regionale			Adeguamento piano formativo corsi alimentaristi con inserimento modulo didattico da 10 minuti su sale iodato		

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015	2016	2017	2018
1. Censimento dalla banca dati regionale di: Rivenditori di prodotti alimentari e esercizi Sali e Tabacchi, Produttori alimentari, Gestori del servizio di ristorazione pubblica (ristoranti, pizzerie, gastronomie, pasta all'uovo, tavole calde) e collettiva		x	x	x
2. Adozione (recepimento) di linee guida per trasmissione dati dei controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva (Ministero della Salute - Iss	x	x		
3. Adeguamento dei verbali e dei controlli ufficiali con aggiunta di apposito spazio per la rilevazione della presenza di sale iodato		x	x	x
4. Sensibilizzazione ai rivenditori di prodotti alimentari nella formazione specifica agli alimentaristi secondo normativa regionale		x	x	x

ANALISI DEI RISCHI	RISCHI	AZIONI CORRETTIVE
	Non omogeneità nelle ASL nell'inserimento dei dati relativi ai controlli ufficiali relativi al sale iodato da trasmettere al Ministero	Formazione degli operatori tramite accreditamento ECM ripetuto negli anni

OBIETTIVO CENTRALE 10.11. Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale.

OBIETTIVO CENTRALE 10.12. Realizzare gli audit previsti dall'art. 4 paragrafo 6 del Regolamento CEE 882/2004.

L'Obiettivo Centrale per una formazione adeguata in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale e realizzazione degli audit previsti dall'art. 4, paragrafo 6, del Regolamento (CE) n. 882/2004 è strettamente legato al nuovo modello di sicurezza alimentare introdotto con il Regolamento (CE) n. 178/2002, che rappresenta un vero e proprio processo di riorganizzazione della normativa comunitaria in materia. Esso, com'è noto, contiene i principi per la successiva emanazione dei Regolamenti del cosiddetto "Pacchetto igiene", introducendo importanti novità, quali l'applicazione di un metodo scientifico che prevede l'analisi del rischio (valutazione, gestione e comunicazione del rischio), il principio della rintracciabilità (finalizzata a consentire agli operatori ed alle autorità di controllo, di attivare e gestire i sistemi d'allarme qualora sorgano eventuali problemi di sicurezza alimentare) e i principi della informazione e della comunicazione, che incidono sul livello di fiducia del consumatore. In tale scenario, la responsabilità primaria è in carico alle imprese (quindi l'operatore del settore alimentare è divenuto il principale garante della sicurezza dei prodotti che immette sul mercato), mentre, al servizio pubblico, in qualità di "Autorità Competente", spetta la verifica del rispetto delle disposizioni da parte degli operatori della filiera alimentare, attraverso la implementazione di un sistema di controllo ufficiale. Tale attività rientra tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) garantiti ai cittadini dal Servizio Sanitario Nazionale. Ciò richiede un percorso di adeguamento, mirato non solo alla riorganizzazione delle attività di controllo ufficiale, ma anche delle stesse Autorità Competenti, che devono dunque "adeguare" i propri strumenti gestionali ed operativi a quanto richiesto dalle prescrizioni emanate in ambito comunitario, ad esempio in termini di qualificazione del personale, di formazione, di risorse e infrastrutture, di capacità di cooperazione e coordinamento e di risposta alle emergenze, di programmazione, rendicontazione, monitoraggio delle attività di controllo ufficiale, di attività di audit.

La regione Abruzzo, con deliberazione di giunta Regionale n. 276 del 12 aprile 2011 ha fornito le Linee guida relative ai controlli ufficiali sulla filiera degli alimenti, formazione, standards, elenco e disciplina degli audit.

Situazione attuale: formazione

Attualmente sono stati formati n. 145 addetti al controllo ufficiale/audit appartenenti ai servizi veterinari delle ASL e ai SIAN.

Il prossimo percorso sarà individuato con il raggiungimento prossimo al 100% del personale formato e con l'aggiornamento degli operatori già formati.

Un primo percorso è destinato a tutti gli operatori coinvolti nel Controllo Ufficiale (Ministero, Regione e ASL), per approfondire "gli elementi informativi comuni" e per eseguire tutte le tecniche di controllo previste dall'art. 10 del Regolamento (CE) n. 882/2004.

Un secondo percorso è destinato a coloro che devono svolgere audit sugli operatori del settore alimentare di cui all'art. 10 del Regolamento (CE) n. 882/2004 e dall'art. 4 del Regolamento (CE) n. 854/2004;

Un terzo percorso è previsto per gli auditor che svolgono audit ai sensi dell'art. 4, paragrafo 6, del Regolamento (CE) n. 882/2004.

La regione Abruzzo, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 276 del 12 aprile 2011 ha fornito le Linee guida relative ai controlli ufficiali sulla filiera degli alimenti, formazione, standards, elenco e disciplina degli audit.

Obiettivi del programma

Azione 1. Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale
1. Aggiornamento degli operatori già formati.
2. Raggiungimento della formazione per il 100 % del personale sanitario operante nel settore della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria della Regione, ASL, IZS e ARTA sulle tecniche di audit.
Azione 2. Realizzare gli audit previsti dall'Art. 4, paragrafo 6 del regolamento CE 882/2004
1. Emissione di documentazione di programmazione degli audit sul territorio sulla base della categorizzazione del rischio
2. Raggiungimento del numero dei controlli previsti

Indicatore di processo	Baseline	2015	2016	2017	2018
Organizzazione di corso di formazione di aggiornamento per gli auditor iscritti all'Albo regionale ai sensi della DGR 276/2001			X		
Organizzazione di nuovi corsi per personale sanitario operante nel settore della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria della Regione, ASL, IZS e ARTA sulle tecniche di audit			X	X	X
Svolgimento audit sugli OSA soggetti a riconoscimento		X	X	X	X

TARGET	Regione, Aziende ASL, Istituto zooprofilattico sperimentale, ARTA, OSA			
SETTING	II.ZZ.SS. <input checked="" type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Regione Abruzzo <input checked="" type="checkbox"/>	ARTA <input checked="" type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	Regione, Aziende ASL, Istituto zooprofilattico sperimentale, ARTA, OSA			

Indicatori di esito <i>Fonte: Regione Abruzzo;</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore Atteso 2017	Valore atteso 2018
10.11.1. % di personale formato per il Corso base previsto dall'Accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità Competente		-			100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR formato per il primo percorso (di approfondimento del pacchetto Igiene)
10.12.1. Rendicontazione dell'attività di audit svolta					100%
Incremento degli iscritti nell'Albo regionale	145		165		185

Analisi dei rischi

- Mancata adesione degli operatori ai corsi
- Bassa attribuzione della classe di rischio sugli OSA e diminuzione degli audit programmati.

CRONOPROGRAMMA

	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Organizzazione di corso di formazione di aggiornamento per gli auditor iscritti all'Albo regionale ai sensi della DGR 276/2001			X				X				X	
Organizzazione di corsi per personale sanitario del settore della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria della Regione, ASL, IZS e ARTA sulle tecniche di audit				X				X				X
Svolgimento audit su OSA soggetti a riconoscimento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Programma 12. Rafforzare le misure di sanità pubblica veterinaria

Il programma consta dei seguenti obiettivi centrali:

10.4. Completare i sistemi anagrafici (Descritto nel Programma 11, cui si rimanda)

10.5. Gestire le emergenze veterinarie e gli eventi straordinari (Descritto nel Programma 11, cui si rimanda)

10.6. Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali

10.8. Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, e di relativi controlli, sui canili e rifugi

Obiettivo centrale: 10.6. Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali

Descrizione e contesto

Il piano regionale di sorveglianza e monitoraggio delle malattie della fauna selvatica ha lo scopo di ottenere informazioni sullo stato sanitario delle popolazioni selvatiche, valutare il rischio per le popolazioni domestiche di animali da reddito e per l'uomo nonché l'impatto di alcune malattie sulla dinamica di popolazione ospite.

Il piano dovrà essere svolto in accordo tra i Servizi Veterinari delle Aziende USL, gli Enti di gestione dei Parchi, gli Ambiti Territoriali di Caccia (ATC), e coordinato dalla Regione Abruzzo che si avvarrà del supporto tecnico dell'IZST.

Per consentire la migliore attuazione delle azioni previste dal piano è indispensabile un coordinamento fra i diversi attori che contribuiscono alla attività di rilevazione dei casi, campionamento, conferimento e analisi dei campioni. Per tale motivo si chiederà ai Servizi Veterinari delle ASL di convocare incontri al fine di concordare *una procedura specifica per la raccolta ed il conferimento dei campioni*.

Nel complesso, quindi, l'epidemiologia-sorveglianza delle malattie degli animali selvatici dovrebbe svolgere la triplice funzione di affrontare e risolvere problematiche collegate alla gestione faunistica, alle possibili ripercussioni sulla sanità veterinaria e sulla salute pubblica.

La necessità di attuare piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici scaturisce dalla maggiore consapevolezza del ruolo degli animali selvatici nei confronti delle malattie infettive dell'uomo (influenza e west nile) e per il coinvolgimento della fauna selvatica nella trasmissione delle malattie ai domestici (tubercolosi e brucellosi).

Azione 10.6.1: Attuazione dei Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici.

1. Predisposizione dei piani di sorveglianza per Tubercolosi, Brucellosi, Influenza Aviaria e West Nile;
2. Attuazione dei piani di sorveglianza individuati;
3. Proceduralizzazione della gestione dei dati rilevati (early detection);
4. Standardizzazione della raccolta e trasmissione dei dati.

Azione 1. Predisposizione dei piani di sorveglianza per Tubercolosi, Brucellosi, Influenza Aviaria e West Nile.

TARGET	Operatori sanitari, agenti forestali, guardie eco-zoofile, cacciatori, allevatori di bestiame			
SETTING	II.ZZ.SS. <input checked="" type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Parchi, Riserve e Aree Protette <input checked="" type="checkbox"/>	Corpo Forestale e A.T.C. <input checked="" type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	AA.SS.LL., II.ZZ.SS., Parchi Riserve e Aree Protette, Corpo Forestale dello Stato, Ambiti Territoriali Caccia, Allevatori			

Indicatori di esito <i>Fonte: Regione Abruzzo</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
10.6.1. Realizzazione dei piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici			4	4	4
Indicatori di processo <i>Fonte: Monitoraggio</i>					
Stesura dei piani di sorveglianza (Indicatore sentinella)			Piano approvato		
Distribuzione dei piani agli Enti interessati			4	4	4

Azione 2. Attuazione dei piani di sorveglianza individuati.

TARGET	Operatori sanitari, agenti forestali, guardie eco-zoofile, cacciatori, allevatori di bestiame				
SETTING	II.ZZ.SS. <input checked="" type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Parchi, Riserve e Aree Protette <input checked="" type="checkbox"/>	Corpo Forestale e A.T.C. <input checked="" type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	AA.SS.LL, II.ZZ.SS., Parchi Riserve e Aree Protette, Corpo Forestale dello Stato, Ambiti Territoriali Caccia, Allevatori				
Indicatori di esito <i>Fonte: Regione Abruzzo</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Raccolta ed esame dei campioni		0%	100%	100%	100%
Indicatori di processo <i>Fonte: Monitoraggio</i>					
10.6.1: Attuazione dei Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici			Attivazione piani		
Numero dei campioni raccolti sul totale delle segnalazioni		0	100%	100%	100%

Azione 3. Proceduralizzazione della gestione dei dati rilevati (early detection).

TARGET	Operatori sanitari, agenti forestali, guardie eco-zoofile, cacciatori, allevatori di bestiame				
SETTING	II.ZZ.SS. <input checked="" type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Parchi, Riserve e Aree Protette <input checked="" type="checkbox"/>	Corpo Forestale e A.T.C. <input checked="" type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	AA.SS.LL, II.ZZ.SS., Parchi Riserve e Aree Protette, Corpo Forestale dello Stato, Ambiti Territoriali Caccia, Allevatori.				
Indicatori di esito <i>Fonte: II.ZZ.SS.</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Catalogazione degli esiti		0%	100%	100%	100%
Indicatori di processo					
Stesura procedura per la rapida rilevazione (early detection) dell'agente eziologico			100%		
Attivazione e verifica sul campo la validità della procedura predisposta; tempi di acquisizione		0			- 50%

degli esiti conseguenti all'analisi dei campioni					
--	--	--	--	--	--

Azione 4. Standardizzazione della raccolta e trasmissione dei dati.

TARGET	Operatori sanitari, agenti forestali, guardie eco-zoofile, cacciatori, allevatori di bestiame				
SETTING	II.ZZ.SS. <input checked="" type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Parchi, Riserve e Aree Protette <input checked="" type="checkbox"/>	Corpo Forestale e A.T.C. <input checked="" type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	AA.SS.LL, II.ZZ.SS., Parchi Riserve e Aree Protette, Corpo Forestale dello Stato, Ambiti Territoriali Caccia, Allevatori				
Indicatori di esito	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Creazione della reportistica per ogni patologia individuata			4		
Raccolta ed elaborazione dei dati			100%	100%	100%
Indicatori di processo					
Elaborazione di reportistica e relative modalità di trasmissione			100%		
Verifica del flusso dei dati riferiti alle patologie individuate			100%	100%	100%

CRONOPROGRAMMA

Attività-Interventi	2015	2016	2017	2018
10.6.1: Attuazione dei Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici		X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

1. Presenza di predatori e spazzini che rimuovono in vario modo animali malati o morti;
2. Mancanza di notizie sulla evoluzione della malattia sulla popolazione target.

OBIETTIVO CENTRALE: 10.8. Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, e di relativi controlli, sui canili e rifugi

Introduzione

Il modello operativo di definizione degli obiettivi strategici e delle priorità si sviluppa in un percorso che tiene conto degli obiettivi della sanità pubblica veterinaria, delle informazioni disponibili relative ai problemi, del contesto in cui si opera e, non ultime, delle risorse disponibili e delle istanze del territorio.

Nel Piano Regionale della Prevenzione lo sviluppo di un programma con obiettivi chiari, definiti e misurabili, quindi, non può prescindere da una valutazione corretta e oggettiva dei bisogni, dei problemi e delle domande di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti e dalla valutazione oggettiva delle informazioni epidemiologiche, al rischio di tossinfezioni alimentari e alle contaminazioni chimico/fisiche. In tal modo è possibile identificare, all'interno del contesto, le priorità, gli obiettivi e quindi i processi che possono portare a dei risultati con un impatto positivo per il sistema produttivo e per i consumatori.

Inoltre la programmazione per il raggiungimento del macro obiettivo 2.10, "Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria" del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, per alcuni aspetti di attuazione del "Piano Nazionale Integrato dei Controlli", deve necessariamente prendere in considerazione:

1. Gli obiettivi vincolanti: quelli definiti da piani la cui obbligatorietà discende da norme;
2. Gli obiettivi strategici: individuati dalla Regione.

Entrambe le aree sono declinate nella pianificazione locale dalle ASL attraverso un percorso top-down di recepimento degli obiettivi e successiva fase attuativa bottom-up definita attraverso la score card locale.

Quest'approccio garantisce l'individuazione della programmazione locale in ottemperanza alle norme e in considerazione del contesto locale (es. pianura, collina, montagna), produttivo e della disponibilità di risorse. L'obiettivo centrale 10.8, "Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, e di relativi controlli, sui canili e rifugi" è di strategica rilevanza al fine realizzare sul territorio regionale un corretto rapporto uomo-animale e di tutelare la salute pubblica e l'ambiente, disciplinare la tutela delle condizioni di vita degli animali da affezione, promuove la protezione degli stessi, l'educazione al loro rispetto, gli interventi per la prevenzione ed il controllo del randagismo anche nei confronti dei gatti in libertà.

Il Piano deve pertanto essere corredato di un adeguato piano di valutazione, ancorato agli obiettivi che si intendono perseguire a tutti i livelli, e basato su un approccio condiviso che conduca non solo alla messa a punto di metodi e/o procedure di monitoraggio e valutazione (quantitativi e qualitativi) comuni e rigorosi ma anche alla creazione delle condizioni necessarie all'utilizzo dei risultati della valutazione per il miglioramento dell'efficacia e della sostenibilità degli interventi e dei processi in atto e per la produzione dei cambiamenti attesi.

Azione 10.8.1: Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target.

Attività principali

1. Implementazione delle campagne di prevenzione e sensibilizzazione sul fenomeno del randagismo;
2. Campagne di educazione sanitaria sul possesso responsabile degli animale da affezione;

Attività 1. Implementazione delle campagne di prevenzione e sensibilizzazione sul fenomeno del randagismo.

Individuazione di un gruppo tecnico di lavoro per lo studio della situazione attuale sulle campagne di prevenzione e sensibilizzazione del fenomeno randagismo

Individuazione delle categorie a rischio randagismo

Stesura dei piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target

Attuazione dei programmi predisposti

TARGET	Operatori sanitari, polizia locale, guardie eco-zoofile, proprietari			
SETTING	Comuni <input type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Parchi, Riserve e Aree Protette <input type="checkbox"/>	Associazioni protezionistiche <input type="checkbox"/>

INTERSETTORIALITÀ	AA.SS.LL, Comuni, Parchi, Riserve e Aree Protette, Associazioni protezionistiche, Allevatori				
Indicatori di esito <i>Fonte: Regione Abruzzo</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore Atteso 2017	Valore atteso 2018
Corsi di formazione ed aggiornamento	Campagne anni 2008-09, 2011-12	0	4	4	4
Indicatori di processo <i>Fonte: Monitoraggio</i>					
10.8.1. Stesura dei piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target (Indicatore sentinella)	Campagne anni 2008-09, 2011-12		1 Piano realizzato		

Attività 2. Campagne di educazione sanitaria sul possesso responsabile degli animale da affezione.

Individuazione di un gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione di documentazione informativa;
Stesura dei programmi operativi delle campagne di educazione al possesso responsabile;
Attuazione dei programmi predisposti e divulgazione della documentazione informativa.

Azione 10.8.2: Aumento della percentuale di cani identificati e iscritti all'anagrafe canina regionale restituiti al proprietario, rispetto ai cani catturati

Attività principali

1. Incremento delle attività di polizia veterinaria e di cattura dei cani vaganti;
2. Verifica della identificazione e della registrazione nel sistema informativo regionale (S.I.V.R.A.) degli animali catturati;
3. Studio di azioni correttive sul fenomeno dei cani di proprietà rinvenuti vaganti.

Attività 1. Incremento delle attività di polizia veterinaria e di cattura dei cani vaganti.

Individuazione dei territori a maggior rischio di presenza di cani vaganti
Incremento delle attività di cattura nei territori individuati

TARGET	Operatori sanitari, polizia locale, guardie eco-zoofile, proprietari				
SETTING	Comuni <input checked="" type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Parchi, Riserve e Aree Protette <input type="checkbox"/>	Associazioni protezionistiche <input checked="" type="checkbox"/>	
INTERSETTORIALITÀ	AA.SS.LL, Comuni, Parchi, Riserve e Aree Protette, Associazioni protezionistiche, Ambiti Territoriali Caccia				
Indicatori di processo <i>Fonte: S.I.V.R.A.</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
10.8.2. Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe canina regionale restituiti al proprietario, rispetto ai cani catturati	25%		28%	30%	33%

Attività 2. Verifica della identificazione e della registrazione nel sistema informativo regionale (S.I.V.R.A.) degli animali catturati

Rilevazione dei dati registrati e valutazione dei risultati
Proceduralizzazione delle registrazioni nel sistema regionale

TARGET	Operatori sanitari, polizia locale, guardie eco-zoofile, corpo forestale dello stato					
SETTING	Comuni <input checked="" type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Corpo Forestale dello Stato <input checked="" type="checkbox"/>	Associazioni protezionistiche <input checked="" type="checkbox"/>		
INTERSETTORIALITÀ	AA.SS.LL, Comuni, Parchi, Riserve e Aree Protette, Associazioni protezionistiche, Ambiti Territoriali Caccia, Corpo Forestale dello Stato					
Indicatori di esito <i>Fonte: S.I.V.R.A.</i>		Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Incremento del numero di cani vaganti catturati		3.420	+171	+342	+513	+855

Attività 2. Studio e attuazione di azioni correttive sul fenomeno dei cani di proprietà rinvenuti vaganti.
Raccolta e valutazione dei dati riferiti al fenomeno; predisposizione ed attuazione di azioni correttive a limitare il fenomeno.

Azione 10.8.3: Aumento della percentuale di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio.

Attività principali:

1. Aggiornamento, verifica e registrazione delle strutture presenti sul territorio.
2. Predisposizione e attuazione di piano operativo dei controlli presso le strutture registrate.
3. Standardizzazione delle rilevazioni del numero dei controlli effettuati.

Attività 1. Aggiornamento, verifica e registrazione delle strutture presenti sul territorio.

Verifica delle strutture presenti sul territorio; aggiornamento delle registrazioni nel sistema regionale.

TARGET	Operatori sanitari, polizia locale, guardie eco-zoofile					
SETTING	Comuni <input checked="" type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Parchi, Riserve e Aree Protette <input type="checkbox"/>	Associazioni protezionistiche <input checked="" type="checkbox"/>		
INTERSETTORIALITÀ	AA.SS.LL, Comuni, Associazioni protezionistiche					
Indicatori di esito <i>Fonte: Rendicontazione 2011</i>		Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Indicatore 10.8.3. Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio						100%
Indicatori di processo <i>Fonte: Rendicontazione 2011</i>						
Numero di aggiornamenti effettuati		905	135	362	588	905

Attività 2. Predisposizione e attuazione di piano operativo dei controlli presso le strutture registrate.

Elaborazione piano operativo dei controlli ai sensi dell'art. 24 del DPR 320/54. Attuazione del piano operativo dei controlli ai sensi dell'art. 24 del DPR 320/54.

TARGET	Operatori sanitari, polizia locale, guardie eco-zoofile					
SETTING	Comuni <input type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Parchi, Riserve e Aree Protette <input type="checkbox"/>	Associazioni protezionistiche <input type="checkbox"/>		
INTERSETTORIALITÀ	AA.SS.LL, Comuni, Associazioni protezionistiche					

Attività 3. Standardizzazione delle rilevazioni del numero dei controlli effettuati.

Proceduralizzazione della registrazione dei controlli effettuati.

TARGET	Operatori sanitari, polizia locale, guardie eco-zoofile					
SETTING	Comuni <input checked="" type="checkbox"/>	AA.SS.LL. <input checked="" type="checkbox"/>	Parchi, Riserve e Aree Protette <input type="checkbox"/>	Associazioni protezionistiche <input checked="" type="checkbox"/>		
INTERSETTORIALITÀ	Regione, AA.SS.LL., Comuni, Associazioni protezionistiche					
Indicatori di esito <i>Fonte: Rendicontazione 2011</i>	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	
Numero dei controlli effettuati	905	0	90	135	271	

CRONOPROGRAMMA

Attività-Interventi	2015	2016	2017	2018
10.8.1 Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target		X	X	X
10.8.2 Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe canina regionale restituiti al proprietario, rispetto ai cani catturati		X	X	X
10.8.3 Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio		X	X	X

ANALISI DEI RISCHI	Carenza personale dedicato ASL; scarse risorse strumentali e di attrezzature; disomogeneità nell'attuazione degli interventi da parte delle ASL.
---------------------------	--

Programma 13. Vaccinazioni e malattie infettive: consolidamento dei risultati e nuovi orizzonti

Il programma consta dei seguenti obiettivi centrali:

- 9.5. Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)
- 9.7. Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)
- 9.8. Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione
- 9.9. Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive
- 9.12. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici

Obiettivo centrale 9.5: Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)

Azione 1, relativa specificamente all'indicatore 9.5.1 (Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up): Creazione di un percorso diagnostico rapido e precoce in persone sino a monitoraggio di terapia ed esiti per pazienti con Infezione Tubercolare.

Contesto epidemiologico

La Tubercolosi, nonostante i progressi dell'ultimo secolo in campo preventivo e terapeutico, continua ad essere una delle principali cause di morte da agente infettivo, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo e a forte pressione migratoria.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica la riemergenza della tubercolosi come un grave problema di sanità pubblica a livello mondiale e ha stimato che circa un terzo della popolazione mondiale risulta infetto da Micobatterio tubercolare (MTB) allo stato di latenza (Infezione Tubercolare Latente o ITL).

Il WHO world Health Organization ha stimato che nel 2013 ci sono stati 9 milioni di casi di Tubercolosi e 1.5 milioni (di cui 360000 erano infetti anche da HIV) di decessi a causa della Tubercolosi in tutto il mondo. Una diagnosi rapida e accurata è decisiva per l'instaurare la terapia efficace, sebbene molti individui infetti da Tubercolosi non hanno accesso prontamente al trattamento perché casi indagnosticati.

Nel 2009, nell' Area Europa, sono stati segnalati circa 400.000 casi di TB l'86% dei quali notificati da 18 Paesi della regione orientale e centrale. Nei 53 Paesi membri della Regione Europea dell'OMS, nel 2013 sono stati stimati 360 mila nuovi casi di TB, incidenza di 39 casi per 100 mila abitanti, che rappresentano il 4% del totale registrato nel mondo. Il numero assoluto di casi incidenti è diminuito del 5,6% rispetto al 2012 (20.000 in meno notificati). L'85% dei casi incidenti nella Regione si sono verificati in Armenia, Azerbaijan, Bielorussia, Bulgaria, Estonia, Georgia, Kazakistan, Kirghizistan, Lettonia, Lituania, Moldova, Romania, Russia, Tajikistan, Turchia, Turkmenistan, Ucraina e Uzbekistan. Il 44% dei casi nuovi registrati nella Regione si sono verificati in persone tra i 25 e i 44 anni di età mentre i casi incidenti di età inferiore a 15 anni sono stati circa il 4% del totale.

L'attuale contesto epidemiologico della tubercolosi in Italia è caratterizzato da una bassa incidenza nella popolazione generale, dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio e in alcune classi di età, e dall'emergere di ceppi tubercolari multi-resistenti. Nel cinquantennio dal 1955 al 2008 il numero annuale di casi di Tbc registrati nel sistema di notifica nazionale è passato da 12.247 a 4418. Il tasso grezzo annuale è passato da 25,26 casi per 100.000 abitanti a 7,41/100.000 con un decremento pari a

circa il 64% del numero di casi e di circa il 71% dell'incidenza. Il tasso grezzo di mortalità è diminuito da 22,5 per 100.000 nel 1955 a 0,7/100.000 nel 2006.

Dati italiani più recenti sono disponibili nel "Global Tuberculosis report 2014" (dati 2013) emanato dall'Organizzazione mondiale della sanità e nel "Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014" emanato dall'ECDC.

I dati ECDC sono relativi al 2012 ed indicano che in Italia sono stati segnalati 3142 casi, incidenza pari a 5,2/100.000 abitanti. Il 58% dei casi è stato segnalato in persone di origine straniera. L'età media dei casi stranieri è stata pari a 35,5 anni mentre quella dei casi di origine italiana è stata pari a 56,1 anni. I dati OMS sono relativi al 2013 e indicano che nel nostro Paese sono stati notificati 3153 casi di Tubercolosi. Il tasso di incidenza è stato pari a 5,7 casi per 100.000 abitanti. Il 2,6% e l'8,8% rispettivamente dei casi con nuova diagnosi e delle recidive è affetto da TB multiresistente dell'infezione (Mdr-Tb). Inoltre, la TB è stata causa di morte per oltre 300 persone, esclusi i casi con coinfezione da HIV.

Il controllo della malattia tubercolare nei contesti epidemiologici a bassa incidenza, come il nostro, si attua principalmente attraverso la prevenzione della trasmissione del *Mycobacterium tuberculosis* da parte dei soggetti contagiosi e la prevenzione della progressione dell'infezione tubercolare latente (ITL) a TB attiva. In Abruzzo, con una incidenza di 8.2 casi anno per 100,000 abitanti di Tubercolosi bacilligena, al momento manca un sistema di presa in carico precoce dei pazienti a rischio, ed il follow-up dei ricoverati è in precario equilibrio di connessione con i servizi territoriali deputati. I flussi migratori hanno peraltro reso frequente l'accesso in PS di soggetti defedati e potenzialmente superdiffusori, il cui aggancio è spesso reso difficile dal ritardo nella diagnosi di escreato positivo.

Razionale

La Tubercolosi (TB) è una delle principali cause di morbidità e mortalità in tutto il mondo. Un terzo della popolazione mondiale è infetto da *Mycobacterium tuberculosis*.

In letteratura sono state riportate circostanze anche non poco frequenti in cui la tubercolosi polmonare infettiva è stata diagnosticata con 2-3 settimane dopo l'instaurarsi della sintomatologia. Nei casi sub-acuti questo ritardo aumenta significativamente. Infatti i periodi di diagnosi spesso sono ritardati ritardando l'inizio della terapia antitubercolare e aumentando il rischio di trasmissione della malattia ad altri individui. I principali fattori associati ad un ritardo diagnostico sono: la condizione di sieropositività ad HIV, la coesistenza di tosse cronica e/o altre malattie polmonari; esame batterioscopico dell'espettorato negativo, Tubercolosi extrapolmonare, residenza in luoghi rurali, esistenza di barriere geografiche o socio psicologiche; visita iniziale in un governo con basso livello di assistenza sanitaria, età avanzata, sesso femminile, alcolismo e abuso di sostanze, storia di immigrazione, basso livello di istruzione, scarsa conoscenza della TB. Una delle cause che ritardano la diagnosi nei centri di cura dell'Italia e della Regione Abruzzo ed espone a rischio di trasmissione è la mancata presa in carico del paziente da parte di strutture specializzate per la diagnosi e cura degli individui che in assenza di un inquadramento clinico definito tornano sul territorio. Il ritardo nella diagnosi influenza sfavorevolmente la prognosi della malattia e aumenta il tasso riproduttivo dell'epidemia di TB. L'individuazione dei soggetti positivi è importante soprattutto perché la maggior parte delle trasmissioni della malattia si verifica nel periodo che intercorre tra la comparsa di tosse e l'inizio del trattamento.

L'esame clinico non può essere sufficiente per una diagnosi certa di tubercolosi polmonare a causa della presenza di segni non specifici. Gli esami radiologici possono mostrare l'evidenza di infezione in atto o pregressa mentre la Tomografia Computerizzata (TC) del torace è l'esame strumentale più sensibile anche in diverse circostanze perde di specificità. Per questi motivi un test diagnostico microbiologico rapido specifico in molti casi sarebbe risolutivo. Di recente lo sviluppo della tecnologia Real Time - PCR ha aumentato considerevolmente la diagnosi di molte malattie infettive. Inoltre disporre di un test rapido per la diagnosi di tubercolosi con metodi innovativi ha ridotto i tempi di refertazione a 2 - 3 ore.

Un secondo problema correlato significativamente alla probabilità di trasmissione dell'infezione nel territorio è soprattutto rappresentato dalla perdita al follow-up di pazienti che riscontrati positivi e avviati alle cure molto spesso interrompono la terapia. E' stato riscontrato che nella popolazione straniera la perdita al follow up è più elevata rispetto agli italiani anche se non esiste una chiara e dettagliata quantificazione del fenomeno né su scala nazionale, né regionale. La capacità di identificazione e la rilevazione di cause e i fattori predittivi della perdita al follow-up dei pazienti in terapia anti TBC sembra allo stato attuale inadeguata, limitando la messa in atto di strategie preventive. La bassa adesione al trattamento dei pazienti stranieri in terapia anti TBC potrebbe essere causata dalla scarsa comprensione dei processi terapeutici da parte del paziente o dall'insufficiente coordinamento tra i diversi settori coinvolti, in particolare dalla rete sociale e familiare che, se esistente, può rappresentare un notevole supporto, presenza di morbidità, stigmatizzazione, emarginazione sociale e fattori psicosociali.

Per quanto esposto si propone di istituire un programma che comprenda un percorso per facilitare la fase di diagnosi e per il mantenimento in follow-up degli individui che accedono dal territorio alle strutture ospedaliere.

Per facilitare la fase di diagnosi con il seguente programma si prevederà l'implementazione del triage separato per gli individui che accedono nei pronto soccorso con sospetto di malattia infettiva respiratoria. In questa fase verrà predisposto un percorso diagnostico preferenziale per eseguire la diagnostica strumentale (TC) e contestualmente l'amplificazione genica su escreto mediante un sito di *point of care*. Parallelamente le persone che risulteranno positive verranno immediatamente prese in carico dai reparti di competenza (UOC Malattie Infettive) e avviate alle cure mediche e assistenziali del caso. Contestualmente i reparti saranno tenuti a seguire tutte le procedure di notifiche per garantire il mantenimento in carico dei casi. Dovranno essere garantite per ogni caso la segnalazione al Servizio di Igiene Pubblica della U.S.L. in cui viene posta la diagnosi per permettere la tempestiva messa in atto delle misure di prevenzione e controllo (Circolare Ministeriale del 27 Marzo 1995, integrazione del D.M. del 15/12/1990); in caso di paziente in regime di ricovero anche, alla Direzione Medica di Presidio, al CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere), al Gruppo Operativo Epidemiologico (GOE). In secondo luogo verranno implementati audit e protocolli per potenziare il Servizio di Igiene Pubblica ai fini del mantenimento della tracciabilità e del follow up dei casi di TBC dal momento della dimissione. Si favorirà il coordinamento tra i vari organismi predisposti affinché, terminata la cura del paziente, il Servizio di Igiene Pubblica dovrà comunicare al CIO e al GOE l'esito della terapia dei pazienti che sono stati assistiti fino ad allora (*Feedback*). Infine si dovrà prevedere un protocollo per cui in caso di assenza di feedback il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dove ritenuto opportuno possa comunicare alla questura di competenza la non reperibilità di un soggetto con infezione da TBC.

Evidenze

I piani lanciati dagli organismi internazionali per controllare la diffusione della tubercolosi a livello mondiale prevedono soprattutto cinque punti: impegno dei governi a sostenere la lotta alla tubercolosi; la diagnosi precoce; la disponibilità regolare e continua di farmaci anti TBC; la presenza di un sistema di sorveglianza in grado di monitorare gli esiti dei trattamenti. I fattori strutturali, culturali ed economici incidono in modo significativo sulla capacità di controllare la diffusione della tubercolosi in alcune aree del mondo, in particolare in Asia e nell'Europa orientale e come le co-infezioni Tb/Hiv e la resistenza multipla ai farmaci gravano fortemente sulla effettiva capacità di ridurre il numero di morti di TB.

Nel 2006, l'OMS ha lanciato la nuova strategia: Stop TB. Il Piano globale prevede un programma che porti a dimezzare, entro il 2015, la prevalenza della TB nel mondo e il numero dei morti rispetto al 1990. Anche in Italia esiste un consenso nazionale sulla necessità di istituire sistemi di monitoraggio dell'esito del trattamento. Nel 2006 il CCM ha finanziato il Progetto "Sorveglianza della tubercolosi e delle resistenze ai farmaci antitubercolari" che si compone di 2 sottoprogetti "Sorveglianza della tubercolosi - TB- SORV" e "Sorveglianza della resistenza ai farmaci antitubercolari". Solo cinque regioni sono state in grado di trasmettere dati sull'esito del trattamento. Ciò significa che l'Italia è stata in grado di inviare all'OMS informazioni solo sul 15% dei nuovi casi positivi totali notificati in Italia. I dati di sorveglianza sui sistemi di monitoraggio degli esiti della terapia hanno mostrato che in Italia la quota dei pazienti persi al follow up è significativamente superiore all'8%, al di sotto del quale la sorveglianza è considerata controllata. Per questi motivi gli organismi nazionali e sovranazionali consigliano di estendere e rendere uniforme i sistemi di sorveglianza sulla TB in Italia; rendere pubblici rapporti annuali e renderli disponibili ai professionisti per aumentare l'attenzione al problema.

Evidenze di sostenibilità: il percorso di triage separato, le stanze di isolamento e gli esami strumentali diagnostici rimarranno funzionanti anche a fine programma. Il percorso sarà strutturato con procedura regionale. Questo potrebbe condurre all'individuazione degli individui positivi che altrimenti in assenza di programma potrebbero essere reintrodotti in comunità in assenza di una diagnosi ancora certa e quindi aumentare le probabilità di trasmissione.

Il programma di monitoraggio degli esiti della terapia anti TB dovrebbe fornire per la prima volta una stima regionale di tutti i pazienti persi al follow up. La conoscenza del problema può essere considerata per implementare strategie sanitarie per intervenire successivamente.

Sistema di sorveglianza

Sorveglianza attiva tramite diagnosi rapida e sorveglianza degli esiti della terapia anti TB.

Contrasto alle disuguaglianze

Essendo la maggior parte dei superdiffusori recentemente identificati di origine straniera, il sistema potrebbe aiutare fortemente a ridurre gli squilibri di salute esistenti al momento tra cittadini comunitari ed extracomunitari per la prevenzione del danno alla salute da malattia tubercolare. Il piano non comporta

affronto di disuguaglianze di carattere sociale o di differenze potenziali di outcome derivanti da genere, censo e livello di istruzione.

Obiettivi specifici

- Offrire un servizio di diagnostica rapida per le persone che provengono dal territorio per la presa in carico immediata del paziente con infezione da *Mycobacterium Tuberculosis*
- Coordinare i vari organismi aziendali e regionali, spesso poco interconnessi, per implementare la sorveglianza degli esiti della terapia anti TB

Attività

- 1 Ricognizione e audit nelle ASL della Regione Abruzzo per visionare e raccogliere in formazioni sulla presenza di:
 - percorsi clinico assistenziali per gli individui con sospetto di malattia infettiva che accedano dal territorio nelle strutture ospedaliere
 - presenza di sistemi e/o percorsi di diagnosi rapida per gli individui con sospetto di malattia infettiva che accedono dal territorio nelle strutture ospedaliere
 - presenza di stanze di isolamento presso le Unità di Pronto Soccorso
 - presenza di DPI con le procedure di comportamento in caso contatti ravvicinati con individui con sospetto di malattia infettiva
- 2 Implementazione percorsi diagnostici rapidi (TC), percorso diagnostico preferenziale e triage separato nelle Unità di Pronto Soccorso per i pazienti con sospetto di TB
- 3 Coordinamento dei gruppi operativi del CIO del GOE e del Servizio di Igiene Pubblica per l'implementazione di percorsi e protocolli finalizzati al monitoraggio degli esiti della terapia
- 4 Monitoraggio degli esiti della terapia dei pazienti con infezione da *Mycobacterium tuberculosis* che sono riscontrati positivi
- 5 Implementazione di una reportistica annuale di interesse regionale

Target: Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC Igiene e Medicina Preventiva; UOC Ospedaliere; Infettivologi; CIO delle ASL Regione Abruzzo, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività.

Setting: Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali per le fasi decisionali di avvio; UOC Igiene e Medicina Preventiva; UOC Ospedaliere, Infettivologi; CIO delle ASL Regione Abruzzo, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività.

Intersettorialità: Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali per le fasi decisionali di avvio; UOC Igiene e Medicina Preventiva; UOC Ospedaliere, Infettivologi; CIO delle ASL Regione Abruzzo, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività.

Indicatori

1. Indicatore 9.5.1. Proporzioni dei casi di TBC polmonare ed infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up, ovvero proporzione di casi di TBC polmonare bacillifera persi al follow-up sul numero totale di casi di TBC polmonare bacillifera notificati nell'anno (da rilevare ogni due anni)
2. Numero di casi di Tubercolosi notificati nelle UOC di Igiene e Sanità Pubblica

Indicatori	Valore baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
1	30%	25%	20%	15%
2	110 per anno	115	120	140

CRONOPROGRAMMA

Tutte le attività previste saranno realizzate entro il secondo semestre 2016.

ANALISI DEI RISCHI

Il principale rischio del presente programma è quello che, a fronte di una adeguata eventuale disponibilità di risorse, possa determinarsi, invece, una mancanza di volontà politica regionale di implementare un sistema di sorveglianza attiva per la diagnosi precoce e per il monitoraggio degli esiti della terapia tubercolare.

Azione n. 2, specificamente rivolta verso l'Indicatore 9.5.2 (Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350 cell/ μ L indipendentemente dal numero di CD4) / soggetti con nuova diagnosi di HIV): Programma di prevenzione tardiva e avanzata di infezione da HIV.

Contesto epidemiologico

Il programma sulla "Prevenzione tardiva e avanzata dell'infezione da HIV" è un progetto innovativo che, alla cura del contagio, affianca anche una attività di prevenzione per fermare il fenomeno delle infezioni sessualmente trasmesse. Si tratta peraltro di un progetto già avviato nel 2014, la cui fase di lancio non è ancora completata ed ha preso la strada della disseminazione via web; si tratta pertanto di un progetto fortemente candidato a poter essere portato avanti per tutto il triennio oggetto della presente programmazione. Nei primi dieci mesi di esercizio il programma ha già fruttato oltre 2000 test aggiuntivi per malattie sessualmente trasmesse e l'individuazione di: 20 HIV (1%); 30 HCV (1,5%); 36 HBV (1,8%); 64 Sifilidi (3,2%). In altri termini l'efficienza complessiva di screening per individuazione di campioni positivi è stata pari al 6,6% dei soggetti testati, un assoluto primato nel contesto di tali progetti.

Razionale

Nei paesi occidentali, che presentano una prevalenza dell'infezione da HIV tra lo 0.2 e lo 0.8%, ed in particolare negli Stati Uniti d'America, si stima che circa il 25-40% dei soggetti infetti da HIV non consapevoli del loro stato d'infezione contribuiscano al 50-60% delle nuove trasmissioni di HIV annuali per esposizione sessuale. Le ragioni di questa situazione sono da attribuire all'infettività maggiore della fase acuta, ai comportamenti a rischio delle persone che non conoscono il loro stato (sesso non protetto, condivisione di dispositivi medici per iniezione endovenosa, ed altre), e dall'accesso incompleto alla terapia antiretrovirale, che ha la capacità di ridurre drasticamente l'infettività dei trattati. Nelle aree dove la prevalenza supera i 2 casi per 1000 individui, la raccomandazione che alcune Società Scientifiche hanno emanato è di offrire il test per HIV a tutti coloro che giungano al ricovero ospedaliero per qualsiasi causa, dopo aver chiesto il consenso, ed a tutti gli assistiti della medicina di base tra i 45 e 65 anni, fascia di età massimamente gravata dalla presentazione tardiva. I programmi di incremento della diagnosi precoce sono stati effettuati nei Dipartimenti di Emergenza, di Medicina e Chirurgia, negli ambulatori di Dermatologia ed in altri ambiti, incluso gli studi dei medici di medicina generale (MMG), scelti in funzione dell'accesso di una popolazione con *range* più elevato di età, diversa etnia e più frequente rischio di infezione per HIV. I risultati hanno documentato una resa elevata, con progressivo incremento della conta dei linfociti CD4 alla diagnosi. Negli Stati Uniti d'America, infatti, i test in *opt-out* adottati nei dipartimenti di emergenza, medicina e chirurgia hanno permesso di aumentare le diagnosi precoci del 17% per anno negli anni recenti, ed il numero medio dei linfociti CD4 alla diagnosi da 216 cell/ μ L nel 2005 a 343 cell/ μ L nel 2010. Un limite fondamentale che è emerso nella valutazione della resa di questo tipo di programmi è comunque un alto tasso di rifiuto del test ed un'incompleta applicazione dei protocolli di proposta attiva - per rifiuto o dimenticanza - da parte dello staff del personale ordinario. Per questi motivi, se il test HIV deve essere introdotto sistematicamente nei centri di cura come parte della routine, appare necessaria l'acquisizione di risorse infrastrutturali e di staff di supporto (medici, psicologi e biologi), per poter massimizzare l'incremento della proporzione di pazienti inseriti nel sistema di cura prima che la loro immunità venga severamente danneggiata.

Le comunità in cui non si effettuano ancora programmi di incremento dell'offerta generale del test per HIV nei servizi di cura - come l'Italia - sono caratterizzate sempre più marcatamente dalla diagnosi tardiva dei pazienti infetti. I pazienti giungono alla diagnosi di infezione da HIV per la prima infezione opportunistica grave, con sistema immune destrutturato, presentando di conseguenza aspettative minori di vita rispetto a quanti siano diagnosticati asintomatici.

Per quanto riguarda il contesto locale, si ritiene oggi che la frazione inconsapevole della propria condizione di infezione da HIV possa essere particolarmente elevata nella Regione Abruzzo, verosimilmente sino al 45%, in linea con il drammatico aumento della proporzione di pazienti per i quali la diagnosi di infezione da HIV coincide con la diagnosi della prima grave infezione opportunistica. Una stima recentemente condotta presso la U.O.C. di Malattie Infettive di Pescara ha documentato che dal 2006 la presentazione tardiva riguarda il 50-75% delle nuove diagnosi; dal primo gennaio del 2006 al dicembre 2011, le nuove diagnosi di HIV sono state circa 150 e quelle avanzate il 65% (Ursini et al., 11th International Congress on HIV Therapy, Glasgow 2012, P235). I pazienti con infezione da HIV sintomatica ed avanzata hanno presentato in tale casistica una mortalità rilevante nei primi 6 mesi (10%) ed un recupero immune più lento e incompleto dopo l'avvio della terapia antiretrovirale. L'assistenza a tali pazienti è stata inoltre gravata da costi diretti ed indiretti elevati, e da una protratta occupazione delle strutture di ricovero ordinario. Per converso, tra gli infetti diagnosticati con più di 200 cell/ μ L CD4 non si è verificato nessun decesso ed il tasso di soppressione virologica è prossimo al 100% nei trattati (stessa fonte). Nella fase di impostazione del progetto 2014, con

l'assenso della Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo, è stato possibile tener conto dell'alto tasso di concomitante presentazione tardiva per HCV, HBV e Sifilide.

Azioni generali

Questi dati suggeriscono come ormai sia indifferibile nella nostra Regione rendere sistematico un sistema innovativo di accesso al test proattivamente offerto, sfruttando occasioni persuasive di cattura e diagnosi molto più di quanto non realizzato in passato. Occorre modificare ed allargare profondamente tanto l'offerta quanto l'accesso al test. L'offerta va sostenuta dallo sforzo congiunto di amministratori, medici specialisti ospedalieri e territoriali, medici di medicina generale e da uno staff di supporto adeguatamente costituito (psicologi, biologi e specialisti infettivologi). Va inoltre sistematicamente cercato il consenso ed il supporto del sistema produttivo e di quello formativo della Regione, della rete farmaceutica, e di altre simili infrastrutture con maggior ricorso alle nuove tecnologie di informazione e *networking* sociale.

Parallelamente a quanto osservato per l'infezione da HIV, anche per l'infezione da HCV ed HBV, due virus epatotropi a trasmissione sessuale, il contesto epidemiologico della Regione Abruzzo è mutato, con un progressivo innalzamento dell'età media riscontrata alla diagnosi ed un'incrementata frazione di pazienti con cirrosi al momento della diagnosi. L'offerta proattiva del test va pertanto pensata, progettata e realizzata congiuntamente per le principali infezioni a trasmissione sessuale oltre che l'HIV, non potendosi che incrementare per questa via la produzione di salute dell'intera iniziativa.

Il presente programma per lo screening proattivo dell'infezione cronica asintomatica da HIV e la tempestiva diagnosi delle nuove infezioni nella fase primaria trae spunto da una valida letteratura internazionale, dagli interventi operativi e legislativi che altri paesi hanno svolto ed adottato negli anni recenti in analoghi contesti epidemiologici e da un coinvolgimento sistematico della Direzione Regionale per le Politiche di Prevenzione nella fase di avvio, e dall'esperienza già acquisita nel primo anno di esercizio dopo lunga preliminare gestazione.

Esso si baserà su:

- disponibilità di una comunità professionale di infettivologi, psicologi e biologi dedicata e competente, anche per la gestione di servizi WEB di informazione ed accesso al test;
- disponibilità di Enti senza finalità di lucro a radicamento territoriale, che intendano investire su questo tipo di impresa la propria azione statutaria;
- Direzione Scolastica Regionale ed Associazioni professionali tra insegnanti, Camere di Commercio, associazioni tra Farmacisti ed altre associazioni di categoria in ambito produttivo, incluso Confindustria ed Associazioni Sportive Polivalenti.

EVIDENZE: Esiste una corposa letteratura scientifica documentante che alla diagnosi precoce dell'infezione cronica da HIV nella fase asintomatica consegue un più alto tasso di successo nel trattamento, una forte riduzione degli effetti collaterali ed una contestuale diminuzione della morbilità e mortalità non correlata all'immunodeficit ma alla immunoattivazione conseguente alla endotelite HIV correlata. Analoghi vantaggi si hanno per la diagnosi precoce di HCV, HBV e Sifilide. Voci bibliografiche selezionate sono incluse nella bibliografia associata al presente programma.

SOSTENIBILITA': L'effettuazione di test anonimi e gratuiti per la diagnosi di HIV, HCV, HBV e Sifilide, oltre ad altre malattie sessualmente trasmesse, può e deve giungere ad un potenziamento strutturale della rete diagnostica alla fine del presente programma; in molte altre Regioni del mondo (Stati Uniti, UK, Europa) le forme organizzative implementate in fase di progettazione sono poi state integrate stabilmente nella sorveglianza di ciascuna area. Anche nella Regione Abruzzo tale evoluzione è pertanto del tutto preconizzabile alla fine del periodo di svolgimento del programma.

SISTEMI DI SORVEGLIANZA: Nota fondante del presente programma è l'istituzione di un canale di accesso via web al test confidenziale e gratuito per tutte le malattie sessualmente trasmesse. Gli indicatori dei sistemi di sorveglianza potranno essere pertanto molteplici (numero di prenotazioni di visite via web, numero di test effettuati presso ogni centro); i sistemi di sorveglianza riceveranno però come input a valle la segnalazione dei nuovi casi di diagnosi per ciascuna delle patologie indicate nello screening, alla fine di ciascun semestre di esercizio, e per i canali ordinariamente utilizzati per tali notifiche.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE: L'implementazione di un sistema via Web potrebbe favorire la popolazione più capace di utilizzo di tale metodologia. In realtà il coinvolgimento dei CUP e di molti altri punti di riferimento medico potrà integrare la prenotazione via web con quella telefonica. L'attuale azione non prevede disuguaglianze di genere censo e livello culturale.

OBIETTIVI SPECIFICI: Il programma si propone una riduzione significativa della diagnosi tardiva di HIV ed un incremento parallelo della frazione di pazienti con >350 cell/ μ L linfociti CD4 al momento della diagnosi di infezione da HIV; un incremento della diagnosi delle altre infezioni sessualmente trasmesse (HBV, HCV e sifilide) in fase precoce e di migliore curabilità, proseguendo sul campione di sangue prelevato per lo screening dell'HIV la gratuita esecuzione del test per HCV, HBV e Sifilide.

ATTIVITÀ

Va proseguita un'azione serrata e coordinata tra Istituzioni pubbliche, sistemi di diagnosi e cura e società civile. Nello specifico, il presente programma propone un piano triennale ulteriore, di prosecuzione dell'intervento, già articolato nelle seguenti specificazioni operative:

- 1) Azioni Istituzionali e non per la diffusione del test anonimo e gratuito per HIV e del test per HCV, HBV e sifilide nei pazienti afferenti ai servizi ospedalieri, ambulatoriali e territoriali della Regione Abruzzo per qualsiasi causa:
 - a. definizione nel medesimo ambito delle modalità per favorire l'intervento di personale dedicato ad hoc per proporre il counselling ed il test per HIV e malattie sessualmente trasmesse durante un qualunque accesso alle strutture di assistenza medica in ambito territoriale e ospedaliero nella Regione Abruzzo;
 - b. implementazione di unità di *counsellors* per ciascuna azienda sanitaria per effettuazione di counseling informativi e motivazionali agli utenti afferenti alle diverse unità di degenza ed ai servizi di day hospital;
 - c. coinvolgimento di rappresentanti di reparti ed ambulatori afferenti, per monitorare durante l'intera durata del programma l'andamento dell'offerta proattiva del test durante il ricovero o la valutazione ambulatoriale.
- 2) Implementazione di modalità stabili di connessione diretta in ambito regionale tra Unità di Malattie Infettive, Medici di medicina generale, Centri di Medicina di Comunità, Reparti ed Ambulatori di Dermatologia, per il riferimento rapido, diretto e riservato dei pazienti con sospetto di infezione da HIV per counselling e test:
 - a. prosecuzione della formazione sistematica dei MMG operanti da soli od in forma associata, dei medici ospedalieri e degli specialisti ambulatoriali, per la diffusione dei criteri per la identificazione dei pazienti a rischio;
 - b. distribuzione agli utenti da parte dei medici di medicina generale di materiale informativo su HIV, percorsi di accesso al test, e questionari per la stima del rischio personale per infezione da HIV;
 - c. monitoraggio dell'andamento delle attività di screening con un gruppo di rappresentanti di tutte le categorie indicate;
 - d. counselling telefonico diretto e costante per MMG;
 - e. visite periodiche ed attività di consulenza e counselling presso gli studi associati.
- 3) Ampliamento della piattaforma digitale del sito WEB, precedentemente realizzato, con "*personal risk-calculator*" che permette a ciascun visitatore di auto-valutare l'entità del rischio di infezione da HIV ed altri virus a trasmissione sessuale derivante dalle pregresse esposizioni:
 - a. Strumento di accesso diretto h24 e confidenziale per definizione, dotato di ricca documentazione in merito all'infezione da HIV ed al suo trattamento, di facile consultazione;
 - b. Sezione di FAQ (domande più frequentemente poste) che permetta una indagine qualitativa delle esposizioni a rischio potenziale;
 - c. *HIV risk calculator*, strumento per la determinazione quantitativa del rischio e individuazione di soglie e scaglioni di rischio a ciascuno dei quali possa essere assegnata una diversa urgenza ad eseguire il test;
 - d. Contatti mail e telefonici per confronto diretto con personale dedicato al counselling e all'indirizzo del visitatore al più vicino centro per il counselling diretto ed il test;
 - e. Diffusione delle informazioni utili per potenziare l'accesso al test ed alle cure per le infezioni da HCV, HBV e sifilide;
 - f. mantenimento di un percorso diretto ed anonimo tramite il sito per la prenotazione dell'accesso per counselling e test nelle ore pomeridiane presso le Unità Operative di Malattie Infettive, con la partecipazione del personale di ruolo, incentivata oltre l'orario di servizio;
 - g. Invito al test per HBV, HCV e sifilide con le stesse modalità che per l'HIV.
- 4) Ampliamento di una "*web community*" gestita da psicologi, biologi, infettivologi, pazienti, volontari ed altre figure impegnate nell'incremento dell'accesso al test, operante stabilmente nei social network (Facebook,

Twitter e simili) per favorire, come per il precedente obiettivo, accesso rapido e confidenziale al counselling ed al test nelle strutture di Malattie Infettive in spazi e tempi dedicati:

- a. Formazione di un gruppo stabile di infettivologi, psicologi e biologi che siano costantemente accessibili ed in relazione con le *web community*;
 - b. Ampliamento del pacchetto formativo e di supporto informatico che possa essere diffuso sistematicamente presso gli utenti delle *web community*;
 - c. Organizzazione, nel rapporto con le *web community*, di eventi di aggregazione e diffusione del test con le tipiche modalità dei social network (gesti simbolici, riunioni autoconvocate, manifestazioni e similari);
 - d. Utilizzo delle *web community* per il coinvolgimento ed il reclutamento di professionisti e volontari che vogliano collaborare alle attività di diffusione sul web, in modo da rendere irreversibile il processo di diffusione del test in rete.
- 5) Offerta proattiva del test per HIV, HCV, HBV e sifilide in occasione di eventi di diffusione dei principi della prevenzione e della diagnosi precoce, come effettuato in occasione della settimana europea del test 2014, in collaborazione con scuole, industrie ed altre aziende di produzione e servizi di grandi e medie dimensioni ed organizzazioni non profit, con prenotazione, counselling e riferimento al test nelle sedi di diagnosi e cura.
- a. Prosecuzione delle giornate di sensibilizzazione pubblica del test per la prevenzione della presentazione tardiva dell'HIV
 - b. Prosecuzione delle giornate di sensibilizzazione aziendale del test per la prevenzione della presentazione tardiva dell'HIV nelle principali industrie della Regione, con il coinvolgimento dei responsabili della prevenzione negli ambienti di lavoro industriale e commerciale delle quattro provincie;
 - c. Prosecuzione delle giornate di sensibilizzazione del test nelle scuole, con specifico riferimento alle problematiche della sessualità sicura, con il coinvolgimento di
 - i. Direzioni scolastiche provinciali;
 - ii. Presidi dei principali istituti scolastici delle 4 province ed associazioni professionali degli insegnanti
 - iii. Assessorati competenti a livello provinciale e comunale;
 - iv. Associazioni territoriali di volontariato prossime alle popolazioni a più alto rischio di infezione e trasmissione dell'HIV e delle altre malattie sessualmente trasmesse;
 - d. Coinvolgimento persistente dei Farmacisti e delle Associazioni farmaceutiche su tutto l'ambito territoriale Regionale per la realizzazione di canali privilegiati per la diffusione delle notizie sul programma, sul sito, sulle web community e le altre iniziative attinenti, come già realizzato nell'anno 2014.

TARGET: Enti Istituzionali, Scuole (ragazzi dai 16 ai 18 anni), Enti Sportivi, Centri di Medicina di Comunità, Centri territoriali ed ospedalieri

SETTING: UUOCC di Malattie Infettive della Regione Abruzzo (Pescara, Chieti, Avezzano, L'Aquila, Vasto, Teramo)

INTERSETTORIALITÀ: Tutti gli ambiti delle quattro Aziende che collaboreranno nella realizzazione del programma: ambulatori di Medicina di Comunità; ambulatori e reparti di Dermatologia; altri reparti di Medicina e Chirurgia; in prospettiva del triennio anche RSA ed Ospedali Regionali privi del Servizio di Infettivologia.

INDICATORI

9.5.2. Proporzioni di nuove diagnosi di HIV late-presenter (CD4<350 cell/μL indipendentemente dal numero di CD4) / soggetti con nuova diagnosi di HIV.

Il valore baseline dell'indicatore sentinella per presentazione tardiva HIV in Abruzzo è stato per il 2013 del 65% e non del 57% come la media nazionale, dai dati stimati su un campione significativo della popolazione sieropositiva per HIV della Regione Abruzzo.

Indicatore	Baseline	2018
9.5.2	65%	45%

Il numero di nuove diagnosi di HBV, HCV e Sifilide diagnosticate in fase precoce non è stato rilevato altrove a livello nazionale nello stesso periodo. Nel 2014, nel corso della prima annualità del programma di

screening in oggetto, la percentuale dei testati risultati positivi per HCV, HBV e sifilide è risultata complessivamente del 5.7%

Si stima che il numero dei prelievi di screening possa aumentare a 2500 circa per anno di esercizio; peraltro per il prossimo triennio di esercizio la percentuale dei testati positiva per HIV, HBV, HCV e sifilide è attesa costante intorno al 6% dei testati, per un complessivo target di 450 nuove diagnosi precoci di HIV, HBV, HCV e Sifilide in asintomatici, diagnosi che risulterebbero verosimilmente in maggioranza tardive in assenza del presente programma.

In merito ai costi di gestione, si segnala che la prima annualità del programma (2014) è stata finanziata con i fondi derivanti dal programma obiettivo a rilevanza nazionale ex art.1, commi 34 e 34 bis della legge n°662/96 – Linea Progettuale 3 – “Diagnosi di infezione da HIV”, per un importo di € 372.000, che è risultato sufficiente a coprire senza resti l’attuale periodo di esercizio (15 mesi). All’attuale ritmo di prelievi tale importo sarà sufficiente a coprire una annualità di esercizio.

CRONOPROGRAMMA

2015	2016	2017	2018
Rinnovo di convenzione con associazione Onlus per il reclutamento di personale aggiuntivo; definizione delle modalità di coinvolgimenti del personale strutturato	Implementazione e monitoraggio delle attività programmate; monitoraggio delle azioni della task force del programma e loro perfezionamento; eventuale incremento delle azioni incentivate	Implementazione e monitoraggio delle attività programmate	Implementazione e monitoraggio delle attività programmate
Selezione del personale aggiuntivo per l’offerta proattiva del test negli ospedali ed il raccordo con i MMG e presidi territoriali. Avvio dell’attività di formazione di MMG, specialisti ed altri professionisti	Azione proattiva di raccordo con reparti ospedalieri, MMG, ambulatori territoriali da parte della Task Force. Distribuzione del materiale illustrativo ed informazioni sulle altre iniziative	Azione proattiva di raccordo con reparti ospedalieri, MMG, ambulatori territoriali da parte della Task Force. Distribuzione del materiale illustrativo ed informazioni sulle altre iniziative	Azione proattiva di raccordo con reparti ospedalieri, MMG, ambulatori territoriali da parte della Task Force. Distribuzione del materiale illustrativo ed informazioni sulle altre iniziative
Ampliamento del sito web e della documentazione in esso disponibile ed avvio delle liste dedicate pomeridiane di accesso alle UOC di MI	Attività di miglioramento del sito, prosecuzione delle liste di accesso al test nelle UOC di MI	Attività di miglioramento del sito, prosecuzione delle liste di accesso al test nelle UOC di MI	Attività di miglioramento del sito, prosecuzione delle liste di accesso al test; verifica delle azioni possibili per la prosecuzione del progetto
Ampliamento delle piattaforme di azione sui social network e della documentazione da distribuire	Attività di organizzazione di appuntamenti e speciali iniziative dedicate dei social network e prosecuzione dell’invito al test	Attività di organizzazione di appuntamenti e speciali iniziative dedicate dei social network e prosecuzione dell’invito al test	Proseguimento attività e verifica delle iniziative possibili per la prosecuzione della presenza sui social network
Definizione delle azioni strategiche di raccordo con Camere di Commercio, Scuole, Direzioni scolastiche provinciali, Confcooperative, Confcommercio, Unione Industriali, Associazioni Farmaceutiche per le azioni di diffusione del test	Realizzazione di appuntamenti ed iniziative dedicate alla diffusione del test negli ambienti di lavoro e per il tramite delle scuole. Pubblicità delle medesime con ogni mezzo	Realizzazione di appuntamenti ed iniziative dedicate alla diffusione del test negli ambienti di lavoro e per il tramite delle scuole. Pubblicità delle medesime con ogni mezzo	Verifica delle iniziative possibili per la prosecuzione della presenza nelle scuole e nel mondo del lavoro in maniera stabile dopo il completamento del progetto

ANALISI DEI RISCHI

Nel corso dello svolgimento del 2014 il Progetto è stato implementato in modo ordinato e fattivo, in piena ottemperanza alle indicazioni ed ai suggerimenti posti in essere dal tavolo di lavoro interistituzionale (Regione Abruzzo, Agenzia Sanitaria Regionale, Direzioni Generali, CUP Aziendali, Enti Non Profit) che ha presieduto alla realizzazione della progettazione.

Nello specifico, nessun problema è emerso rispetto ai seguenti potenziali punti critici che avrebbero potuto ostacolare o limitare la diffusione e l'operatività del progetto.

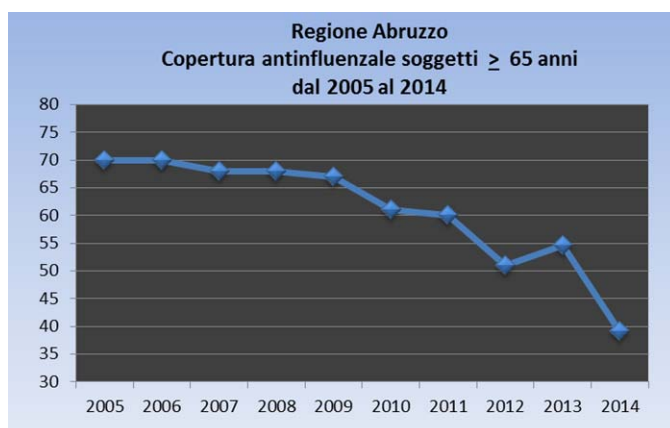
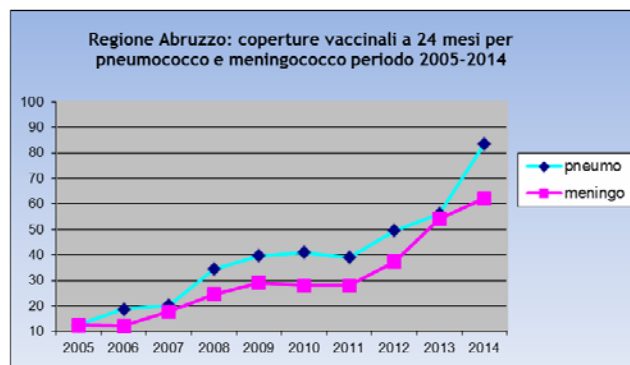
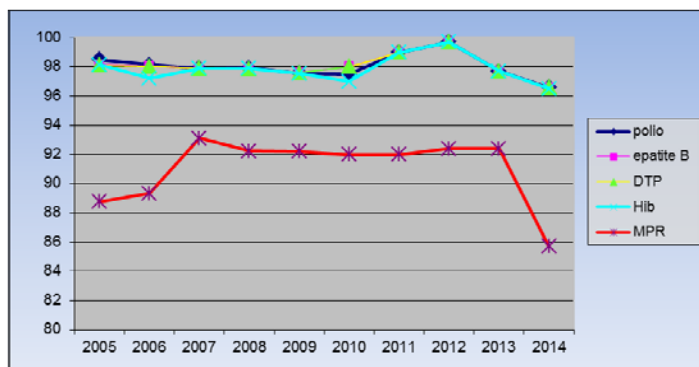
OBIETTIVO CENTRALE 9.7. Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie).

Razionale, descrizione del programma e situazione attuale

Il PNPV 2012-2014 e il PNEMoRc 2010-2015 rappresentano, tuttora, il documento di riferimento per la definizione degli obiettivi di Sanità Pubblica relativi alla riduzione o eliminazione delle malattie infettive prevenibili da vaccino. In linea con esso la Regione Abruzzo ha adottato il PRPV 2012-2014 definendo gli obiettivi specifici regionali da raggiungere, tanto nella popolazione generale che nei gruppi a rischio. Gli obiettivi di copertura stabiliti per tipologia di vaccinazione e target di età e/o gruppi di popolazione sono stati oggetto di monitoraggio annuale o semestrale in quanto rientranti nei LEA ed è stato stabilito un cronoprogramma triennale per raggiungere gradualmente i livelli di copertura indicati. Contestualmente è stato ridefinito il "Calendario Vaccinale delle vaccinazioni offerte attivamente a tutta la popolazione" quale strumento operativo per la realizzazione delle strategie vaccinali oltre che utile guida per operatori sanitari ed utenti.

Le coperture vaccinali raggiunte al 31/12/2014 nella nostra Regione sono le seguenti:

Regione Abruzzo: coperture vaccinali a 24 mesi per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate periodo 2005-2013.



Come risulta dai grafici, si osserva:

- una copertura di poco superiore al 96% per le vaccinazioni DTPa, polio, pertosse, epatite B, Hib a 24 mesi, con una leggera flessione rispetto all'anno precedente;
- una significativa diminuzione dei valori di copertura per il vaccino MPR a 24 mesi;
- un incremento delle coperture per PCV e MenCa 24 mesi che, però, non raggiungono i valori prefissati dal precedente Piano Regionale Vaccini;

- un calo drastico della copertura per la vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni che si attesta al 39%.

E' dunque necessario pianificare nuove azioni e intensificare gli interventi di comprovata efficacia, già adottati, per contribuire al raggiungimento degli obiettivi di copertura.

Evidenze

Esiste una vasta produzione di letteratura scientifica e raccomandazioni sia in campo nazionale che internazionale sull'importanza di adeguate coperture vaccinali per pervenire al controllo e alla successiva eliminazione/eradicatione di numerose malattie infettive. Infatti, nonostante i notevoli miglioramenti in termini di mortalità e morbosità, le malattie infettive rappresentano tuttora un rilevante problema di sanità pubblica nel nostro Paese e nella nostra Regione.

- Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014.
- Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc - approvato come Accordo Stato-Regioni nel 2003 e il suo aggiornamento, approvato come Intesa Stato-Regioni il 23 marzo 2011.
- Vaccine Introduction Guidelines. Adding a vaccine to a national immunization programme: decision and implementation. WHO, 2005. Disponibile online da: www.who.int/vaccines.
- Annual epidemiological report 2014 - vaccine-preventable diseases ECDC 11 Dec 2014.

Relativamente alla vaccinazione antipolio, sono emerse negli ultimi anni indicazioni per l'introduzione di un richiamo in epoca adolescenziale/adulta. I continui scambi di persone e merci con paesi in cui circolano ancora oggi virus selvaggi, consigliano un livello di protezione dalla malattia mediante il mantenimento di un titolo protettivo di anticorpi tramite la vaccinazione, che in Italia prevede solo 4 dosi a fronte delle 5-6 dosi di IPV già previste in altri paesi europei. In analogia a quanto già previsto nei calendari vaccinali di altri paesi europei, come Regno Unito, Francia e Germania, e di altre regioni italiane anche limitrofe (tra cui Marche e Puglia), appare pertanto auspicabile una 5° dose di vaccino IPV da somministrare agli adolescenti.

Relativamente alla vaccinazione anti-pneumococcica, sono invece emersi recentemente i risultati di un RCT su oltre 84.000 anziani, che dimostrano la sostanziale efficacia di un vaccino già disponibile nel prevenire i casi di polmonite da pneumococco di simile ceppo (Bonten et al., Trial CAPITA, New Engl J Med 2015).

Sostenibilità

Gli interventi vaccinali sono particolarmente costo-efficaci, tanto che sono inclusi nei LEA. Relativamente alle nuove vaccinazioni da prendere in considerazione nel 2015 e nel triennio a seguire, è previsto il potenziamento e consolidamento della vaccinazione anti-varicella nei nuovi nati (azione già prevista nel PNPV). Inoltre, bisogna prevedere, in caso di uscita della Regione dal Commissariamento, ovvero di inserimento di tali procedure nel nuovo PNPV:

- la vaccinazione anti-pneumococcica nei soggetti di età uguale o superiore a 65 anni, in linea con quanto già in essere in regioni limitrofe come la Puglia;
- una 5° dose di vaccino antipolio negli adolescenti, da somministrare nella già previsto richiamo dTPa (dTPa/IPV), in linea con quanto già in essere nelle regioni limitrofe delle Marche e della Puglia.

Per l'eventuale passaggio al vaccino antimeningococcico coniugato tetravalente, in sostituzione dell'anti-Men C, a 13-15 mesi e negli adolescenti, e per l'introduzione di nuovi vaccini, si deve attendere il prossimo PNPV.

Contrasto alle disuguaglianze

Posto che le vaccinazioni raccomandate rimangono gratuite per tutti, la promozione dell'equità dell'offerta vaccinale è senz'altro un obiettivo da perseguire e, al tempo stesso, un mezzo per realizzare le coperture vaccinali desiderate. Il superamento delle barriere territoriali e culturali, lo sviluppo di azioni volte a soggetti, per vari motivi difficili da raggiungere, una maggiore facilità di accesso alle sedi vaccinali e di fruibilità delle prestazioni possono rappresentare fattori di contrasto alle disuguaglianze.

E'auspicabile, infine, il superamento delle differenze territoriali, affinché non si verifichino disparità di trattamento nelle offerte vaccinali, particolarmente evidenti in regioni limitrofe.

Sistemi di sorveglianza, monitoraggio e valutazione

Rilevazione annuale delle coperture per tutte le vaccinazioni e dei tassi di rifiuto per vaccinazione anti-Polio e anti-MPR, con analisi delle motivazioni.

OBIETTIVO SPECIFICO

Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione 0-18 anni e in specifici gruppi a rischio, per le vaccinazioni previste dal PNPV.

Azione

Mantenimento dei livelli di copertura raggiunti nei nuovi nati per tutte le vaccinazioni previste dal calendario regionale; incremento graduale delle coperture vaccinali per tutte le altre vaccinazioni previste dal PNPV; raggiungimento graduale del tasso di copertura per vaccinazioni introdotte dal 2015 (Varicella nei nuovi nati ed eventuali altre vaccinazioni introdotte dal nuovo PNV).

Descrizione

Per consolidare e/o migliorare le attuali coperture vaccinali, con particolare attenzione al tema delle disuguaglianze, è necessario un costante aggiornamento di tutto il personale sanitario dei centri vaccinali. Inoltre è necessario aumentare la consapevolezza dell'importanza delle vaccinazioni da parte dei MMG, dei PLS e dei Medici ospedalieri attraverso incontri di aggiornamento.

Occorre, infine, il coinvolgimento di associazioni di immigrati e di donne migranti per migliorare la loro adesione consapevole.

Per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale, il principale strumento da utilizzare è l'offerta attiva gratuita. Pertanto, tutte le vaccinazioni per le quali questo documento fissa obiettivi specifici, saranno offerte attivamente e gratuitamente ed inserite nell'aggiornamento del Calendario Vaccinale Regionale.

Si intende realizzare un incremento di copertura nel triennio, con progressioni annuali, che tenga conto degli obiettivi del PNP e dei risultati fin qui registrati nella nostra Regione, attraverso le sotto-elencate attività:

Attività principali

1. Aggiornamento del Calendario Vaccinale Regionale alla luce del prossimo PNV
2. Chiamate attive per le coorti individuate nel PRP (prime vaccinazioni, richiami, solleciti)
3. Elaborazione di un libretto vaccinale regionale
4. Introduzione, in ogni ambulatorio vaccinale, di un registro regionale dei rifiuti vaccinali, dove vengono puntualmente annotati i motivi di mancata o incompleta vaccinazione per polio e per MPR 1 dose a 24 mesi
5. Formazione e aggiornamento tecnico-scientifico degli operatori dei servizi vaccinali
6. Formazione e aggiornamento dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici di Medicina Generale, dei medici competenti aziendali, dei medici e personale ospedaliero e consultoriale coinvolti nella promozione delle vaccinazioni
7. Fornitura del materiale informativo e promozione delle vaccinazioni in categorie a rischio (persone affette da almeno una malattia cronica - ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi)

TARGET	Popolazione 0-18 anni			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input checked="" type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input checked="" type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	Strutture ospedaliere e consultoriali, distretti, mediatori culturali, associazioni immigrati e donne migranti, MMG, PLS			

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Aggiornamento Calendario Vaccinale	Presente	30%	90%	90%	90%
N. inviti per le coorti di interesse (nuovi nati, 5-6 anni, 15 anni, femmine 11 anni) sui residenti di riferimento	Non noto	30%	60%	80%	95%
Elaborazione di un libretto vaccinale regionale	Non presente			100%	
Introduzione del registro regionale dei rifiuti alle vaccinazioni in tutte le sedi vaccinali	Non presente			100%	
Realizzazione di 2 incontri formativi per gli operatori dei servizi vaccinali	Non noto		100%	100%	100%
Realizzazione di 1 incontro di aggiornamento con Pediatri di Libera Scelta, MMG, medici e personale ospedaliero e consultoriale	Non noto		100%	100%	100%

Indicatori di risultato per copertura	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
DTP-Polio-Ep. B, Hib a 24 mesi	96.6%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
MPR a 24 mesi 1 ^a dose	85.7%	88%	90%	92%	≥95%
Varicella nei nuovi nati	----	15%	50%	70%	≥95%
Men C a 24 mesi	62.2%	65%	75%	85%	≥95%
PCV a 24 mesi	83.6%	85%	90%	92%	≥95%
dTP-Polio a 5-6 anni	92.7%	93%	≥95%	≥95%	≥95%
MPR a 5-6 anni 2 ^a dose	87.3%	90%	92%	93%	≥95%
dTpa a 15 anni	73.9%	75%	78%	85%	≥90%
MPR a 15 anni (due dosi)	83.9%	85%	88%	90%	≥95%
Men C a 15 anni	38.1%	40%	45 %	50%	≥95%
HPV F 11 anni	62%	65%	68%	70%	≥95%
Influenza ≥65 anni	39%	46%	51%	56%	≥75%
Indicatore 9.7.1. Copertura vaccinazione antinfluenzale in specifici gruppi a rischio (persone affette da almeno una malattia cronica - ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi)	20%	28%	30%	35%	40%

ANALISI DEI RISCHI

- Errori di comunicazione
- Diffidenza di alcuni operatori sanitari verso le vaccinazioni
- Presenza di movimenti auto-organizzati che si oppongono a tutte le vaccinazioni e forniscono informazioni parziali alla popolazione rispetto alla sicurezza e all'efficacia delle vaccinazioni

CRONOPROGRAMMA

Attività	2015	2016	2017	2018
Attività 1: Aggiornamento del Calendario Vaccinale Regionale	x	x	x	x
Attività 2: Chiamate attive per le coorti individuate nel PRP (prime vaccinazioni, richiami, solleciti)	x	x	x	x
Attività 3: Elaborazione di un libretto vaccinale regionale		x		
Attività 4: Introduzione del registro regionale dei rifiuti alle vaccinazioni			x	x
Attività 5: Aggiornamento tecnico-scientifico degli operatori dei servizi vaccinali			x	x
Attività 6: Formazione dei PLS, MMG e altro personale sanitario coinvolto nella promozione delle vaccinazioni			x	x
Attività 7: Fornitura del materiale informativo e promozione delle vaccinazioni in categorie a rischio (persone affette da almeno una malattia cronica - ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi)			x	x

OBIETTIVO CENTRALE 9.8. Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie prevenibili mediante vaccinazione.

Razionale e descrizione del programma

Il PNPV e il PRPV 2012-2014 prevedevano tra gli obiettivi la progettazione e la realizzazione di azioni finalizzate alla diffusione della cultura della prevenzione vaccinale come scelta consapevole e responsabile dei cittadini.

Nel corso del biennio 2013-2014 la Regione Abruzzo ha realizzato specifiche campagne di comunicazione su 4 temi: Influenza, MPR, Meningococco e Pneumococco e Rosolia donne in età fertile.

Per ogni Campagna tematica è stato previsto l'utilizzo di strumenti della comunicazione che hanno portato alla produzione di:

- poster, manifesti distribuiti presso gli studi dei MMG e PLS, pieghevoli informativi sulle vaccinazioni, oasi informative e gazebo allestiti nelle 4 Province durante la "Giornata delle vaccinazioni", evento conclusivo dell'intera Campagna;
- allestimento pubblicitario di autobus suburbani e trotter vela itineranti;
- una campagna stampa con box pubblicati sulle due testate leader regionali;
- un sito web informativo ad hoc provvisto di interazione reale con i medici esperti delle ASL per rispondere alle domande e dialogare con gli utenti on-line (forum e chat).

Nonostante l'impegno e le risorse impiegate, non si è riusciti a contrastare completamente il fenomeno generale del decremento delle coperture. Per contrastare il trend negativo delle coperture vaccinali a cui anche la nostra Regione sta assistendo, si intende realizzare un intervento comunicativo attraverso l'adozione di un programma di comunicazione regionale e locale, finalizzato alla corretta gestione e informazione sui vaccini, con interventi indirizzati sia alla popolazione sia al personale sanitario coinvolto a vario titolo nelle vaccinazioni.

Evidenze

La grande maggioranza delle vaccinazioni riguarda l'età pediatrica, pertanto la qualità della relazione tra operatori sanitari e genitori è di fondamentale importanza per sostenerli nel processo decisionale e operare una scelta consapevole. Una comunicazione efficace, comprensibile, corretta dal punto di vista tecnico-scientifico, adatta al target è un fattore promuovente le vaccinazioni anche nei confronti di gruppi difficili da raggiungere. Nello stesso tempo, stanno emergendo evidenze di quanto sia difficile riuscire a portare a termine campagne di comunicazione che siano realmente efficaci nell'accrescere le coperture. Proprio in virtù di tali evidenze, saranno rigorosamente portate avanti solo quelle azioni che risultano avere evidenze scientifiche di efficacia, anche preliminari e non necessariamente da studi sperimentali.

- ECDC technical report - systematic literature review of the evidence for effective national immunisation schedule promotional communications - documento ECDC "let's talk about protection" communication action guide for health care providers - 2012
- De Mei, AM. Il counselling: uno strumento operativo per una comunicazione efficace del pediatra in ambito vaccinale" prospettive in pediatria 2002; 32: 101-109.
- De Mei B. "La comunicazione per le vaccinazioni: quale significato e quale obiettivo" Rivista di immunologia e allergologia anno xx, n. 5 ottobre 2006, p. 35 – 40.
- Salmaso S, Appelgren E, De Mei B, et al. Comunicazione e vaccinazioni: quale comunicazione per facilitare la scelta? Notiziario dell'istituto superiore di sanità 2011.
- Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Effective messages in vaccine promotion: a randomized trial. Pediatrics 2014;133(4):e835-42.

Sostenibilità

Occorre prevedere risorse da destinare alla stampa di materiale informativo/divulgativo a carattere regionale (opuscoli informativi, anche multilingua, distinti per target; opuscoli informativi vaccinali multilingua; locandine e manifesti) e all'organizzazione di eventi formativi regionali ECM con esperti in materia di comunicazione, rivolti agli operatori dei servizi vaccinali.

Contrasto alle diseguaglianze

Per rimuovere le barriere linguistiche, culturali e religiose che possono essere di ostacolo all'adesione consapevole alle vaccinazioni, è necessario sviluppare sessioni formative di counseling dedicate all'approccio multietnico da parte degli operatori vaccinali.

Sistemi di sorveglianza, monitoraggio, valutazione

Attuazione del programma di comunicazione per la gestione della corretta informazione sui vaccini in tutte le ASL, nelle varie attività formulate.

OBIETTIVO SPECIFICO

Realizzazione di un programma di comunicazione per la gestione della corretta informazione sui vaccini in tutte le ASL della Regione.

AZIONE 1: Formazione del personale sanitario in tema di comunicazione

Descrizione

Nel mutamento complessivo del panorama delle vaccinazioni che ha visto gli enormi progressi fatti negli ultimi decenni (più vaccini disponibili, maggior sicurezza, maggiore efficacia) si assiste al paradossale generale movimento di sfiducia o, nella migliore delle ipotesi, di disinteresse, nei confronti della pratica vaccinale, da una buona parte dell'opinione pubblica. Questo ha generato la necessità, per gli operatori sanitari, di migliorare le proprie capacità comunicative per attuare una promozione attiva delle vaccinazioni. Promuovere le vaccinazioni può essere considerato oggi un lavoro a tempo pieno per tutti gli operatori sanitari coinvolti. In una prospettiva comunicativa individuale è necessario che l'operatore di sanità pubblica dei servizi vaccinali consideri le regole fondamentali per instaurare un efficace patto di salute con l'utenza. Per lo svolgimento dei corsi, saranno coinvolti esperti nazionali, cui sarà richiesto di condurre i corsi ad hoc dopo aver effettuato una revisione sistematica della letteratura sulle strategie più efficaci (o efficaci) di comunicazione da utilizzare per la promozione delle immunizzazioni.

Attività principali

1. Coinvolgimento di esperti nazionali e conduzione o acquisizione delle evidenze scientifiche disponibili
2. Sviluppo di un programma di comunicazione univoco regionale basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini dell'adesione consapevole
3. Formazione operatori vaccinali sulle tecniche di comunicazione e il counseling vaccinale, con particolare attenzione al "counseling multi-etnico"

TARGET	Operatori sanitari coinvolti nelle vaccinazioni.			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input checked="" type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	Strutture ospedaliere e consultoriali, distretti, mediatori culturali, associazioni immigrati e donne migranti, MMG, PLS.			

AZIONE 2: Produzione materiale informativo per promuovere le vaccinazioni nella popolazione generale e in specifiche categorie a rischio

Descrizione

Un valido materiale informativo e di comunicazione rappresenta uno strumento di promozione dell'empowerment e concorre ad aumentare l'informazione e ad incrementare le competenze dei genitori e della popolazione in generale, anche quella più difficile da raggiungere, al fine di giungere a scelte di salute consapevoli ed effettivamente praticabili.

Attività principali

Produzione di materiale informativo (opuscoli informativi, anche multilingua, distinti per target; locandine, manifesti e video) sulle vaccinazioni dell'infanzia e dell'adolescenza

TARGET	Popolazione generale			
SETTING	Scuola <input checked="" type="checkbox"/>	Comunità <input checked="" type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input checked="" type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITA'	Strutture ospedaliere e consultoriali, distretti, mediatori culturali, associazioni immigrati e donne migranti, MMG, PLS, cittadini, associazioni di cittadini e pazienti, media locali e regionali.			

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
9.8.1. Sviluppo di un programma di comunicazione univoco regionale basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini dell'adesione consapevole (Indicatore sentinella)		----		100%	100%
Svolgimento dei corsi di formazione per gli operatori sanitari in ogni ASL			1 corso per ogni ASL	1 corso per ogni ASL	1 corso per ogni ASL
Produzione materiale informativo (es. opuscoli informativi, anche multilingua, distinti per target; locandine, manifesti e video)				100%	100%

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015	2016	2017	2018
AZIONE 1:				
Attività 1:		x		
Attività 2:			x	x
Attività 3:		x	x	x
AZIONE 2				
Attività 4		x		x

ANALISI DEI RISCHI

Difficoltà di reperire strategie di comunicazione di provata efficacia. Collaborazione da parte di MMG e PLS. Campagne di contro-informazione da parte di siti internet o associazioni di cittadini.

Obiettivo centrale 9.9. Predisposizione di Piani Nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive

Azione: Implementazione di un piano di Emergenza Regionale generale stabile per la gestione delle emergenze infettive

Contesto epidemiologico

Negli anni recenti si è consolidata l'evidenza che le malattie infettive rappresentano un problema globale di sanità pubblica complesso, che causa ogni anno 13 – 15 milioni di decessi [1, 2]. Tra queste, nuove o riemergenti infezioni negli ultimi anni hanno causato nel mondo epidemie e pandemie che sfidano le potenzialità di controllo delle principali organizzazioni mondiali sanitarie [3-6]. Le infezioni da SARS CoV (Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus) [6], MERS CoV (Middle East Respiratory Syndrome coronavirus) [7], nuovi ceppi influenzali a trasmissione umana, l'influenza aviaria H7N9 [8] e le infezioni da Ebola Virus [9] alimentano il burden delle malattie infettive e sono causa di elevato livello di attenzione al livello globale. La diffusione nella popolazione di tali infezioni, inoltre, si verifica negli anni recenti con tempi più rapidi che nel passato, a causa dell'espansione della popolazione, dell'urbanizzazione e dei viaggi frequenti che caratterizzano le società moderne. I coronavirus sono un esempio di virus che hanno effettuato il salto di specie. L'epidemia dell'infezione respiratoria da SARS CoV si è sviluppata tra il 2002 e il 2003. Da Hong Kong, l'infezione venne trasmessa rapidamente in tutto il mondo, ma i principali paesi colpiti furono quelli del continente Asiatico. All'estinguersi dell'epidemia i casi totali furono 8422 di cui 916 i decessi (11%). Un quinto degli infetti è stato rappresentato dagli operatori sanitari esposti al virus [10]. Anche il virus MERS CoV appartiene ai coronavirus, i primi focolai infettivi sono stati diagnosticati nel 2012 in Arabia Saudita. E' probabile che il virus abbia effettuato il salto di specie perché la sua sequenza genetica è molto vicina al virus del cammello. Ad oggi sono stati registrati 956 casi e 351 decessi. In Italia sono stati registrati 3 casi sporadici nel 2013 [11]. Nell'Aprile del 2009 un nuovo tipo di Influenza A, H1N1, definito "swine flu", iniziò a diffondersi in molti paesi del mondo. Il primo caso fu segnalato in India il 16 maggio 2009 [12]. A dicembre del 2009 1/5 della popolazione degli Stati Uniti era positiva ai test sierologici (>61 milioni di persone) [13]. In Italia la sieroprevalenza è stata del 16.3% [14]. Nel dicembre 2013 una epidemia riemergente da Ebolavirus, la più grande da quando il virus è stato isolato per la prima volta, si è diffusa dalla Guinea alla Sierra Leone ed alla Liberia; i casi sono stati rispettivamente 3592 in Guinea, 10564 in Liberia, e 12492 in Sierra Leone. La mortalità ad oggi è del 50%, con casi di importazione verificatisi in Nigeria, Senegal, Mali, Spagna, Regno Unito, Stati Uniti. In Italia, anche in possibile relazione al piano di Azione implementato dalle istituzioni competenti, ad oggi non sono stati segnalati casi. Anche nel corso di tale recente epidemia gli operatori sanitari sono stati gli individui a maggior rischio di contagio [15].

Oltre alle infezioni diffuse con potenziale pandemico emergenti, altre malattie virali meritano oggi particolare attenzione. Tra queste le infezioni da West Nile Virus, Nipah Virus, Chikungunya virus, che si sono rese incidenti in modo costante nel nostro territorio e meritano importanti misure di contenimento pur non avendo potenziale diffusivo per trasmissione interumana [16, 17]. Tra le malattie infettive di maggiore interesse clinico-epidemiologico costante nel nostro territorio, la tubercolosi ha rivestito negli ultimi decenni un ruolo rilevante. Nell'ultimo cinquantennio, sebbene in Italia l'incidenza della TBC sia scesa significativamente di anno in anno, si segnalano ancora oltre 3000 casi per anno (incidenza pari a 5,2/100.000 abitanti nel 2013).

Razionale:

Per tale contesto epidemiologico, un sistema di contenimento della trasmissione di malattie respiratorie a potenziale rapida diffusione interumana rappresenta un'esigenza fondata non solo sulla potenzialità dei ricorrenti episodi di rischio epidemico da nuovi virus. Ne consegue che un sistema integrato di preparedness rappresenta una soluzione costo efficace per tutti i governi nazionali e locali: un livello di guardia costantemente elevato permette, a costi comunque strutturali e contenuti, una migliore potenzialità di risposta ad eventuali evenienze emergenti di rischio [18]. Esso può consentire, rafforzando stabilmente le capacità di monitoraggio e risposta a livello nazionale ed internazionale, di evitare tassi elevati di trasmissione in caso di esposizioni a rischio, ridurre la mortalità e la stessa morbilità associata alle emergenze infettive [18]. Lo sviluppo di piani aggiornati di preparazione e risposta intersettoriali in grado di identificare rapidamente e contenere tempestivamente le emergenze infettive e la disponibilità di piani e presidi, sia generici che specifici per patologia infettiva, è pertanto un obiettivo da perseguire per una risposta di sanità pubblica efficace. Inoltre, con l'entrata in vigore, nel 2013, della nuova Decisione della Commissione Europea (N. 1082/2013/EU), l'Italia è chiamata a sviluppare un piano generico di preparazione

a serie minacce transfrontaliere per la salute sia di origine biologica (malattie infettive, resistenza agli antibiotici ed infezioni nosocomiali, biotossine) che di origine chimica, ambientale o sconosciuta.

Nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive assumono grande rilevanza alcuni atti programmatici intervenuti tra Stato e Regioni, in cui vengono chiaramente indicati gli obiettivi da perseguire in maniera uniforme in tutto il Paese:

- Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014" (Rep. Atti n. 54/CSR del 22 febbraio 2012);
- Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015" (Rep. n. 66/CSR del 23 marzo 2011);
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia". (Rep. n. 134/CSR);
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Controllo della tubercolosi. Obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016".

Indicazioni vengono fornite anche da alcuni documenti internazionali:

- Resolution EUR/RC60/R12 "Renewed commitment to elimination of measles and rubella and prevention of congenital rubella syndrome by 2015 and Sustained support for polio-free status in the WHO European Region";
- Global Vaccine Action Plan 2011-2020 dell'OMS [19];
- Council conclusions on childhood immunization: successes and challenges of European childhood immunization and the way forward, del 6 giugno 2001;
- Global Plan to stop TB 2011-2015 [20];
- Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015. Breaking the chain of transmission [21];
- European Commission. Action Plan against the rising threats from Antimicrobial Resistance. COM (2011) 748;
- World Health Organization Europe. Vaccine Safety Events: managing the communications response. A Guide for Ministry of Health EPI Managers and Health Promotion Units (2013) [22].

Di tutti quanti tali documenti si è tenuto conto nella definizione della presente proposta programmatica per la regione Abruzzo

Descrizione del programma

Con il seguente programma si vuole introdurre un piano di risposta generale regionale alle grandi emergenze infettive per poterle contenere, circoscrivere la loro trasmissione e mantenere in sicurezza gli operatori sanitari coinvolti nelle procedure di assistenza e di cura.

Il piano prevede l'adeguamento strutturale di una serie in rete di strutture sanitarie a capillare diffusione sul territorio regionale per l'esecuzione di triage separato in sicurezza e la presa in carico per gli individui con sospetto di meningite/meningoencefalite ed infezioni trasmissibili per via aerea (TBC, Influenza, MERS, SARS, infezione da Ebola e altre infezioni respiratorie sostenute da patogeni emergenti e riemergenti). È prevista in tali strutture di triage separato in sicurezza l'implementazione di altrettanti punti di diagnosi precoce radiologica (inclusa Tomografia Computerizzata senza contrasto) e la diagnosi microbiologica rapida per TBC e meningite batterica, per favorire la presa in carico precoce ed adeguata di questi pazienti.

Pertanto nel programma verranno ispezionati tutte le UO di Pronto Soccorso (PS) della Regione, ed in tutte identificate aree di sicurezza e percorsi separati per il triage dei pazienti a rischio respiratorio. Si tratterà di chiara identificazione e finalizzazione di locali adeguati per l'isolamento temporaneo, prima del trasferimento del paziente nella struttura più vicina per il triage completo (vedi in seguito). Tale adeguamento di base verrà previsto ed introdotto in tutte le strutture sanitarie dotate di pronto soccorso e non incluse nel novero di della rete di triage in sicurezza/diagnosi/presa in carico precoce (Spoke), per evitare il più possibile i rischi di trasmissione nelle fasi preliminari al trasporto dei pazienti nei centri di riferimento (Hub). In sei di queste strutture, cioè nelle Strutture Ospedaliere di Avezzano, Chieti, L'Aquila, Pescara, Teramo e Vasto dove è presente un reparto di Malattie Infettive per la presa in carico dei pazienti a rischio di diffusione aerea (Hub), verranno invece strutturate con adeguamento permanente camere di isolamento con pressione negativa adiacenti ai locali di pronto soccorso, con la dotazione adeguata dei presidi diagnostici radiologici e microbiologici sopra menzionati.

Evidenze

Le epidemie di Infezioni di nuovi agenti infettivi e delle infezioni riemergenti oltre a provocare l'aumento della mortalità provocano l'impovertimento delle risorse degli Stati a causa dell'alto tasso di ospedalizzazioni e della necessità di cure ed assistenza spesso costose ed intensive. L'obiettivo fondamentale delle azioni è la salvaguardia della salute [18]. In assenza di un vaccino prontamente disponibile e di farmaci efficaci, le uniche misure di sanità pubblica per il controllo dell'epidemia sono rappresentate da strategie di identificazione e contenimento, incluso l'isolamento o quarantena dei casi accertati per la prevenzione della trasmissione interumana [23-27]. La costo-beneficialità di tale approccio è stata documentata da numerosi lavori che hanno affrontato il problema da un punto di vista dei costi dell'organizzazione in molte circostanze, incluse le recenti pandemie. Il punto chiave in questi sforzi è rappresentato dall'esistenza di strumenti per la diagnosi precoce e per la immediata presa in carico dei pazienti, dall'esistenza di sistemi di sorveglianza che forniscano accesso immediato alle informazioni sul numero di nuovi casi clinici, dalla ricerca della fonte di esposizione, dalla possibilità di produrre farmaci e/o vaccini attivi [23-27]. Per i casi accertati devono essere messi in atto provvedimenti sanitari che vanno dall'isolamento alle cure assistenziali di base.

In presenza di epidemie causate da agenti infettivi per cui esiste una cura, oltre l'interruzione della catena della trasmissione, la diagnosi precoce e la presa in carico da parte degli specialisti di Malattie Infettive ha un vantaggio ancora maggiore in base alla letteratura disponibile e citata.

Sostenibilità:

La sostenibilità dell'azione è resa dalla diminuzione dei tassi di trasmissione, dalla riduzione della mortalità e riduzione della morbilità associata alle malattie infettive a trasmissione respiratoria. I programmi di controllo sono componenti del sistema sanitario che comprendono *governance*, fondi finanziari, pianificazione, assistenza e cura e sono disegnati per ottenere obiettivi specifici. Sono incorporati nel contesto più ampio delle politiche economiche, regolatorie, socio-culturali, epidemiologiche e tecnologiche [18]. Una delle caratteristiche del presente piano è che i costi di investimento saranno concentrati per la maggior parte nella fase di implementazione del piano [18]. L'introduzione di infrastrutture di base permanenti come le camere di isolamento tecnologicamente fornite, prevederà in fase di esercizio successivo alla fase progettuale solo i costi di manutenzione e di adeguamento permanente degli organici per sopperire alle esigenze del triage separato.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA: sorveglianza attiva tramite diagnosi rapida ed immediata presa in carico per le emergenze infettive

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE: il programma si propone di rimuovere, almeno in larga misura, le disuguaglianze strutturali esistenti al momento tra i degenti e/o comunque gli assistiti in regioni con adeguata implementazione di sistemi di prevenzione della diagnosi rapida per le emergenze infettive e di precoce presa in carico degli affetti ed i residenti nella Regione Abruzzo. Il piano non comporta affronto di disuguaglianze di carattere sociale o di differenze potenziali di outcome derivanti da genere, censo e livello di istruzione.

OBIETTIVI SPECIFICI:

1. Approvazione di una delibera regionale per l'adozione di un piano permanente per la gestione delle emergenze infettivologiche ed in particolare per l'adeguata diagnosi e presa in carico dei pazienti con infezioni diffuse per via aerea
2. Approvazione di delibere da parte di tutte le direzioni strategiche delle quattro ASL Regionali d'Abruzzo per l'adozione di provvedimenti strutturali, protocolli e procedure per l'adeguamento dei DEA delle sei strutture di riferimento regionale per la presa in carico precoce dei pazienti a rischio infettivologico e per l'adozione parallela di misure di adeguamento da parte dei restanti DEA di tutti gli ospedali comunque dotati di pronto soccorso e dei Servizi Territoriali per un percorso separato per il triage degli individui a rischio di contagiosità respiratoria
3. Realizzazione su tutto il territorio regionale dei provvedimenti attuativi delle deliberazioni di cui ai punti precedenti entro il massimo di due anni dall'approvazione delle delibere.

ATTIVITA'

1. Ricognizione e audit nelle ASL della Regione Abruzzo per raccogliere informazioni sulla possibilità di realizzare di percorsi di triage separati per individui con sospetto di malattia infettiva a diffusione respiratoria che accedano dal territorio nelle strutture ospedaliere
2. Ricognizione e audit nelle sei sedi di Avezzano, Chieti, L'Aquila, Pescara Teramo e Vasto per raccogliere informazioni sulla possibilità di realizzare di percorsi separati di triage, diagnosi precoce e precoce presa in carico con eventuale isolamento per individui con sospetto di malattia infettiva a diffusione respiratoria

che accedano dal territorio nelle medesime strutture ospedaliere o ad esse giungano per trasferimento da tutte le altre strutture regionali di assistenza;

3. Istruzione ed assunzione delle delibere necessarie per l'adozione dei provvedimenti strutturali nelle quattro AUSL della Regione Abruzzo (stanze di isolamento presso le Unità di Pronto Soccorso; presenza di DPI con relative procedure di utilizzo in caso di contatti a rischio, percorsi di Formazione e sensibilizzazione del personale permanente nei confronti del problema delle emergenze infettive)
4. Istruzione ed assunzione delle delibere necessarie per la creazione dei sei punti di triage sicuro, diagnosi rapida e precoce presa in carico in isolamento nelle quattro AUSL della Regione Abruzzo per i pazienti a rischio di trasmissione di malattie infettive contagiose e diffuse;
5. Assunzione di protocolli e procedure per la gestione globale dei soggetti con sospetto di malattia infettiva contagiosa e diffusiva in tutte le AUSL dell'Abruzzo, incluso l'adeguamento dei sistemi di trasporto dei pazienti sospetti tra i centri Spoke ed i sei Hub.

Target: Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC Malattie Infettive, Servizi DEA; CIO delle ASL Regione Abruzzo, operatori sanitari, collettività.

Setting: Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC Malattie Infettive, Servizi DEA; CIO delle ASL Regione Abruzzo.

Intersectorialità: come sopra (Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC Malattie Infettive, Servizi DEA; CIO delle ASL Regione Abruzzo).

Indicatori	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Indicatore 9.9.1. Adozione di un piano di risposta regionale attuativo dei piani nazionali per le emergenze infettivologiche entro il 2016	0	1	1	1
Numero di deliberazioni adottate dalle quattro Direzioni strategiche per la definizione di protocolli e procedure per l'attuazione del piano regionale con i relativi adeguamenti strutturali e funzionali	0	2	4	4
Numero di DEA che hanno effettivamente adottato misure strutturali e funzionali per la gestione delle emergenze infettivologiche entro il 2018	0	0	30%	50%

CRONOPROGRAMMA

Tutte le attività saranno avviate entro il primo semestre del 2017.

ANALISI DEI RISCHI

Il principale rischio del presente programma è quello che possa determinarsi una mancanza di volontà politica regionale e di risorse per l'implementazione di un piano di risposta permanente regionale così come consigliato da tutte le organizzazioni scientifiche, di prevenzioni ed istituzionali per le emergenze infettivologiche.

Referenze

1. Centers for Disease Control and Prevention. Global Strategy for health for all by the year 2000 <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Mortality and global health estimates http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/. 2015.
3. Klepac P, Metcalf C J, McLean A R and Hampson K. Towards the endgame and beyond: complexities and challenges for the elimination of infectious diseases. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2013;368(1623):20120137.
4. Lloyd-Smith J O, Mollison D, Metcalf C J, Klepac P and Heesterbeek J A. Challenges in modelling infectious disease dynamics: preface. *Epidemics.* 2015;10:iii-iv.
5. Klepac P, Funk S, Hollingsworth T D, Metcalf C J and Hampson K. Six challenges in the eradication of infectious diseases. *Epidemics.* 2015;10:97-101.

6. Strategies adopted and lessons learnt during the severe acute respiratory syndrome crisis in Singapore. *Rev Med Virol.* 2005;15(1):57-70.
7. Alvarez E, Donado-Campos J and Morilla F. New coronavirus outbreak. Lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Epidemiol Infect.* 2015:1-12.
8. Qin Y, Horby P W, Tsang T K, Chen E, Gao L, Ou J, et al. Differences in the epidemiology of human cases of avian influenza A(H7N9) and A(H5N1) viruses infection. *Clin Infect Dis.* 2015.
9. Dixon M G and Schafer I J. Ebola viral disease outbreak--West Africa, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014;63(25):548-51.
10. Chan-Yeung M and Xu R H. SARS: epidemiology. *Respirology.* 2003;8 Suppl:S9-14.
11. Puzelli S, Azzi A, Santini M G, Di Martino A, Facchini M, Castrucci M R, et al. Investigation of an imported case of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) infection in Florence, Italy, May to June 2013. *Euro Surveill.* 2013;18(34).
12. Siddharth V, Goyal V and Koushal V K. Clinical-Epidemiological Profile of Influenza A H1N1 Cases at a Tertiary Care Institute of India. *Indian J Community Med.* 2012;37(4):232-5.
13. Reed C, Katz J M, Hancock K, Balish A and Fry A M. Prevalence of seropositivity to pandemic influenza A/H1N1 virus in the United States following the 2009 pandemic. *PLoS One.* 2012;7(10):e48187.
14. Merler S, Ajelli M, Camilloni B, Puzelli S, Bella A, Rota M C, et al. Pandemic influenza A/H1N1pdm in Italy: age, risk and population susceptibility. *PLoS One.* 2013;8(10):e74785.
15. Prevention C f D C a. <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/index.html>. 2015.
16. Rovida F, Sarasini A, Campanini G, Percivalle E, Gorini G, Mariani B, et al. West Nile virus outbreak in the Lombardy region, northern Italy, summer 2013. *Vector Borne Zoonotic Dis.* 2015;15(4):278-83.
17. Moro M L, Grilli E, Corvetta A, Silvi G, Angelini R, Mascella F, et al. Long-term chikungunya infection clinical manifestations after an outbreak in Italy: a prognostic cohort study. *J Infect.* 2012;65(2):165-72.
18. Jones R M and Broseau L M. Aerosol transmission of infectious disease. *J Occup Environ Med.* 2015;57(5):501-8.
19. World Health Organization w h. http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/. 2015.
20. World Health Organization. <http://www.who.int/tb/strategy/en/>. 2015.
21. World Health Organization. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/>. 2015.
22. World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/187171/Vaccine-Safety-Events-managing-the-communications-response.pdf. 2015.
23. Millman A J, Dowdy D W, Miller C R, Brownell R, Metcalfe J Z, Cattamanchi A, et al. Rapid molecular testing for TB to guide respiratory isolation in the U.S.: a cost-benefit analysis. *PLoS One.* 2013;8(11):e79669.
24. Huh H J, Jeong B H, Jeon K, Koh W J, Ki C S and Lee N Y. Performance evaluation of the Xpert MTB/RIF assay according to its clinical application. *BMC Infect Dis.* 2014;14:589.
25. Buchan B W and Ledeboer N A. Emerging technologies for the clinical microbiology laboratory. *Clin Microbiol Rev.* 2014;27(4):783-822.
26. Sokolove P E, Lee B S, Krawczyk J A, Banos P T, Gregson A L, Boyce D M, et al. Implementation of an emergency department triage procedure for the detection and isolation of patients with active pulmonary tuberculosis. *Ann Emerg Med.* 2000;35(4):327-36.
27. Gaeta T J, Webheh W, Yazji M, Ahmed J and Yap W. Respiratory isolation of patients with suspected pulmonary tuberculosis in an inner-city hospital. *Acad Emerg Med.* 1997;4(2):138-41.

Obiettivo centrale 9.12. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici.

Contesto epidemiologico

Gli antibiotici sono attualmente utilizzati in ambito zootecnico, botanico e umano senza un chiaro coordinamento che tenga conto della possibilità di una sistematica selezione di resistenze a seguito di un utilizzo inappropriato. La fattispecie della selezione dei ceppi resistenti si verifica in particolare quando gli antibiotici sono utilizzati a dosaggi inappropriati e/o per tempi protratti, favorendo in tal modo la emergenza dei batteri con geni inducibili di resistenza. L'aumentata circolazione di ceppi resistenti si traduce a sua volta in un incremento della mortalità attribuibile alla sepsi/shock settico, che è in incremento a seguito della crescita del numero dei pazienti suscettibili. La diffusione di una maggiore consapevolezza dell'importanza di un uso giudizioso degli antibiotici è un obiettivo prioritario della Comunità Europea, che deve tradursi in breve in programmi di azione della comunità locale dei prescrittori.

Azione

Programma di intervento per una stewardship antimicrobica regionale omogenea a livello territoriale ed ospedaliero, mirata alla implementazione diffusa di un uso appropriato dei farmaci antibiotici ed antifungini e del sistematico monitoraggio del loro impatto epidemiologico.

Evidenze

La resistenza agli antimicrobici è un fenomeno di riscontro sempre più frequente nelle strutture assistenziali, in particolar modo in ambito ospedaliero e residenziale assistito, ove la presenza di un ecosistema microbico circoscritto, cioè, predispone i degenti a colonizzazioni ed infezioni frequenti da germi multi resistenti, con la necessità dell'utilizzo crescente di risorse materiali, economiche e professionali. Ciò rende una necessità imprescindibile all'interno delle strutture assistenziali, la messa in atto di strategie sulla politica prescrittiva degli antimicrobici (stewardship antimicrobica).

Tradizionalmente i programmi di stewardship basati su atteggiamenti restrittivi delle prescrizioni (richieste motivate, restrizioni del prontuario, prescrizione sottesa ad autorizzazione centrale, audit locali periodici) vengono vissuti in modo conflittuale dalla componente medica e ciò ne limita l'efficacia e la capacità di mantenere i propri effetti nel tempo. Inoltre numerosi studi clinici hanno dimostrato a livello internazionale e locale che tale approccio consente non solo risparmi economici nel breve e medio termine ma anche una salvaguardia della salute dei pazienti. La stewardship antimicrobica pertanto, per essere realmente efficace, deve essere il risultato della collaborazione tra diversi professionisti, tra cui vanno necessariamente incluse le amministrazioni ospedaliere, i medici di malattie infettive, i CIO, le farmacie ospedaliere e territoriali, la microbiologia di ciascun presidio della regione oggetto di intervento. Da segnalare anche che le iniziative di gestione responsabile degli antimicrobici hanno anche importanti implicazioni farmaco economiche sulle istituzioni, perché il costo della terapia antimicrobica non è semplicemente in funzione dei costi di acquisizione della farmacia, ma anche dei costi indiretti, come i costi di somministrazione per via endovenosa di antibiotici, i costi del monitoraggio dei livelli terapeutici degli antibiotici, i costi del fallimento terapeutico e dei conseguenti ri-trattamenti (di solito con agenti più costosi, con aumento della durata della degenza, ed isolamento dei pazienti con microorganismi resistenti).

Per contenere tali costi, la stewardship antimicrobica deve delineare i dosaggi ottimali degli antibiotici, la più breve durata della terapia antibiotica mirata, il rapido switch dalla via endovenosa alla via orale. In definitiva una corretta stewardship antimicrobica si basa su un controllo prospettico della prescrizione di molecole selezionate per 1. peculiarità di indicazione 2. rischio di danno ecologico 3. tossicità 4. elevato costo di acquisizione. Diversi studi hanno dimostrato che l'infettivologo svolge un ruolo centrale nel garantire la cooperazione interdisciplinare / coordinamento delle diverse figure coinvolte nella stewardship antimicrobica e nel corretto indirizzo degli antimicrobici. Un recente studio svolto in 12 ospedali della Regione Abruzzo ha dimostrato che l'implementazione di una prescrizione antimicrobica appropriata per un largo numero di infezioni gestite in ambito ospedaliero è il secondo predittore indipendente di efficacia della cura dopo la criticità del paziente al momento della ospedalizzazione, più importante della implementazione di un sistema avanzato di caratterizzazione microbiologica delle infezioni trattate (vedi referenze bibliografiche). Sulla scorta di tali evidenze è stato pensato il modello di intervento proposto nel prossimo triennio per la Regione Abruzzo.

OBIETTIVI SPECIFICI

Nel modello di stewardship antimicrobica proposto per la Regione Abruzzo realizzare gli obiettivi specifici: contenere il numero, la diffusione e i costi delle infezioni da germi Multiresistenti; implementare ed ottimizzare conoscenze relative agli antibiotici ad alto costo; implementare ed utilizzare il corretto dosaggio degli antibiotici in base alle diverse necessità dei pazienti; è previsto un duplice livello di intervento:

1. monitoraggio avanzato della prescrizione antibiotica per alcune classi di farmaci (chinolonici e cefalosporine in particolare) da parte dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, attraverso la implementazione di sistemi informatici a distanza (app per iphone e similari) e di consulenza infettivologica on-line;
2. monitoraggio infettivologico della prescrizione dei farmaci sentinella (elencati appresso) in ambito ospedaliero. In questo ambito la scelta proposta da parte del prescrittore in ambito medico, geriatrico, ematologico, chirurgico e intensivo provocherà la segnalazione sistematica al farmacista ed all'infettivologo, in modo da indurre la richiesta di una consulenza di una consulenza infettivologica per la conferma della prescrizione. L'infettivologo verificherà e discuterà la prescrizione e ne validerà le modalità attuative (dose di carico, posologia, durata, controlli di efficacia) in caso di conferma. Tale interazione genererà anche uno strumento educativo riproducibile, con un impatto positivo sulla qualità della prescrizione diverso da una richiesta motivata autonoma da parte del prescrittore. Il concetto di appropriatezza si riferisce a più variabili che devono essere tutte soddisfatte per il raggiungimento dell'obiettivo: congruità di scelta in rapporto all'agente eziologico ed alle sue caratteristiche di chemio sensibilità; in particolare si eviterà sistematicamente il trattamento delle colonizzazioni e l'uso di farmaci a maggiore impatto ecologico in presenza di opzioni migliori; congruità di scelta in rapporto alle caratteristiche farmacocinetiche/farmacodinamiche del farmaco per il sito di infezione; congruità delle scelte rispetto alle caratteristiche fisiopatologiche del paziente, alle comorbidità interferenti con l'efficacia del farmaco/i scelto/i; congruità della prescrizione in rapporto al livello di criticità del paziente; correttezza della dose giornaliera e delle modalità di somministrazione; corretta combinazione con altri farmaci.
3. Analoghe procedure saranno attivate per il monitoraggio di alcune classi di antibiotici in RSA ed altre strutture residenziali ubicate sul territorio.

SOSTENIBILITA'

L'utilizzo di una stewardship antimicrobica come quella proposta dal presente progetto ha il potenziale di consentire una ottimizzazione delle risorse economiche impiegate per il trattamento dei pazienti critici che sono quelli più onerosi. Nel giro di un triennio di implementazione del progetto, è del tutto presumibile, sulla scorta delle evidenze ottenute in ambito internazionale ed italiano, che la riduzione dei costi generali dell'assistenza ospedaliera (riduzione della degenza media, riduzione della pressione selettiva sulla popolazione microbica, riduzione dei carichi assistenziali per il personale sanitario e riduzione complessiva dei costi correlati direttamente ed indirettamente alla terapia antibiotica) possa rendere le spese sostenute con i fondi del presente progetto mantenibili nel lungo termine grazie alle economie di sistema ottenute già nel primo triennio di esercizio. Il progetto in altri termini ha tutte le potenzialità per finanziarsi rapidamente, ed essere stabilmente vantaggioso nel lungo termine.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Il modello di stewardship antimicrobica scelto per la Regione Abruzzo prevede la restrizione - nelle modalità sopra indicate - della prescrizione di Daptomicina, Linezolid, Meropenem, Ertapenem, Imipenem/cilastina, Tigeciclina, Teicoplanina, Amphotericina B liposomiale, Voriconazolo, Echinocandine e, per i farmaci a prescrizione territoriale, di chinolonici e cefalosporine. Il sistema di sorveglianza dovrà prevedere un ruolo di rilievo da parte delle farmacie ospedaliere e, per le prescrizioni territoriali, di un software che andrà integrato con le modalità ordinarie di prescrizione da parte dei medici territoriali, in collaborazione con le farmacie territoriali.

ATTIVITÀ

Nella prima fase di realizzazione del progetto occorrerà definire il software per la prescrizione territoriale e le modalità di interconnessione di tutti i prescrittori territoriali; le opportune modalità con cui tutte le farmacie ospedaliere della regione gestiranno la validazione della prescrizione farmacologica delle molecole oggetto di monitoraggio, garantendo la interconnessione con la consulenza infettivologica; andranno infine studiate le modalità con cui la consulenza infettivologica potrà essere potenziata sia negli ambiti in cui il medico infettivologo è presente che in quelli in cui attualmente non lo è, come tutti gli ospedali e le RSA in cui un servizio di infettivologia non è stabilmente presente.

Attività:

1. Creazione di un tavolo inter-istituzionale per la identificazione delle criticità e la fotografia dello stato dell'arte nella disponibilità di servizi per la prescrizione antibiotica esperta.
2. Implementazione di normative per cui, tramite l'azione delle farmacie ospedaliere, tutti i prescrittori debbano effettivamente ricorrere in ambito residenziale e di ricovero alla validazione esperta della prescrizione degli antimicrobici da parte dell'infettivologo.
3. Attuazione di programmi omogenei su ospedale e territorio per la stewardship infettivologica.

Target: Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Servizio Farmaceutico Regionale; Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC ed UOS di Farmacia territoriale ed ospedaliera; Infettivologi; CIO delle ASL Regione Abruzzo, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività.

Setting: Ospedali e territorio della Regione Abruzzo.

Intersettorialità: Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Servizio Farmaceutico Regionale; Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC ed UOS di Farmacia territoriale ed ospedaliera; Infettivologi; CIO delle ASL Regione Abruzzo, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività.

Riduzione delle disuguaglianze: nel contesto attuale alcune realtà della Regione Abruzzo godono già di un discreto controllo delle prescrizioni ospedaliere; nella maggior parte del territorio ed in molte realtà ospedaliere tale controllo è del tutto assente. In questo contesto, sebbene non vi siano differenze attese di sopravvivenza e salute per genere censo e livello culturale, vi è un forte rischio che alcune aree possano subire una più alta incidenza di infezioni mal controllate da germi ALERT rispetto alle aree con migliore controllo. Per tale ragione la tutela dei cittadini abruzzesi richiede l'implementazione di un sistema omogeneo e completo come copertura su tutto l'ambito regionale onde poter raggiungere livelli di sopravvivenza omogenei rispetto alla sfida delle infezioni da germi difficili.

INDICATORE 9.12.1.

Creazione di un programma regionale di comunicazione basato sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici.

CRONOPROGRAMMA

Attività	giugno 2015 giugno 2016	luglio - dicembre 2016	gennaio - giugno 2017	luglio - dicembre 2017	gennaio - giugno 2018	luglio - dicembre 2018
1						
2						
3						

ANALISI DEI RISCHI DEL PROGRAMMA DI INTERVENTO

D'altro canto, nella implementazione di un progetto evoluto come il presente, i rischi inerenti all'azione progettuale possono essere rappresentati dalla mancanza di una volontà politica Regionale di realizzare una copertura omogenea del territorio rispetto all'inappropriato uso degli antibiotici.