Introduzione

La struttura del Piano Regionale di Prevenzione (di seguito definito PRP) 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 (di seguito definito PNP) 2014-2018.
Sono stati predisposti i documenti di programmazione per dare attuazione ai macro obiettivi definiti nel nuovo PNP, 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

PROGRAMMARE PER MACRO-OBIETTIVI - LA STRUTTURA COMPLESSA DEL PIANO

La complessità degli interventi in atto, e la necessità di passare da una strategie 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 (12 nel complesso del PRP), ciascuno dei quali include diverse azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi centrali.
In altri termini, all'interno di ogni programma, vi sono diverse azioni (necessari per la realizzazione dell'intero programma, secondo gli obiettivi centrali stabiliti nell'allegato 1 al Documento di Valutazione del Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018); con riferimento a 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.

IL RUOLO DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE DELLE ASL

Nel contesto delle azioni programmate, il Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Sanitarie 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 epidemiologi 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 le OO.SS. della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, il raccordo con le Farmacie Convenzionate pubbliche e private, l'implementazione di percorsi istituzionali di *quality improvement*, 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 *parternship* 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 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 rappresentato, gli obiettivi centrali del Piano sono posti all'interno di 12 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
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: - 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, 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
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 diffusive 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

Sommario

Introduzione 1

Programma 1: Misurare per agire **15**

AZIONE n. 1 – SORVEGLIANZE 16

AZIONE n. 2 - MIGLIORARE LA CLASSIFICAZIONE DEI TRAUMI E DELLE INTOSSICAZIONI NEI VERBALI DI PRONTO SOCCORSO E NELLE SDO 21

AZIONE n. 3 - IMPLEMENTARE UN SISTEMA INFORMATIZZATO DI REGISTRAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO, FORMAZIONE E ASSISTENZA E DEI FLUSSI IN ENTRATA DEI SERVIZI DI PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO (NOTIFICHE DI CANTIERI, PIANI DI LAVORO, NUOVI INSEDIAMENTI PRODUTTIVI, INFORTUNI, MALATTIE PROFESSIONALI) INTEROPERABILE CON ALTRI SISTEMI INFORMATICI 23

AZIONE n. 4: 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) 25

AZIONE n. 5: "ATTIVAZIONE DEL REGISTRO DEI TUMORI NASO-SINUSALI (ReNaTuNS)" 27

AZIONE n. 6: "ATTIVAZIONE DEL REGISTRO DEI TUMORI A BASSA FRAZIONE EZIOLOGICA NELLA REGIONE" 28

AZIONE n. 7 - SE TI SCOPRO….TI SEGNALO: aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie ed identificare tempestivamente i casi ed i rischi infettivi anche mediante sistemi di allerta precoce 30

AZIONE n. 8: INFORMATIZZARE I SISTEMI DI SORVEGLIANZA PER LE MALATTIE INFETTIVE, IN MODO INTEROPERABILE 32

AZIONE n. 9 - AUMENTARE LA SEGNALAZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI (MMG, OSPEDALIERI, LABORATORISTI) 34

AZIONE n. 10 - 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, RESIDENTI/ASSISTITI) 37

AZIONE n. 11 – MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE) 38

AZIONE n. 12 – "MONITORARE IL CONSUMO DI ANTIBIOTICI IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE" 48

AZIONE n. 13 - DEFINIRE UN PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA 53

AZIONE n. 14 - GESTIONE CORRETTA DEL FARMACO VETERINARIO PER RIDURRE IL FENOMENO DELL'ANTIBIOTICO RESISTENZA 55

AZIONE N. 15 - COMPLETARE I SISTEMI ANAGRAFICI 62

Programma 2: A scuola…. di salute 64

AZIONE n. 1 - RETE ABRUZZESE DELLE SCUOLE PROMOTRICI DI SALUTE 70

AZIONE n. 2 "INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ MOTORIA NELLE I E II CLASSI DELLA SCUOLA PRIMARIA" 76

AZIONE N. 3: SCHOOLWIDE PHYSICAL ACTIVITY. - Approccio ecologico per l'incremento dell'attività fisica nel setting scolastico 81

AZIONE n. 4: SANA ALIMENTAZIONE PER UNA SCUOLA IN SALUTE 89
AZIONE N. 5: PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOSOCIALE- IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA UNPLUGGED 96
AZIONEn. 6: PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOSOCIALE: - WELL-BEING IS WELL-DOING 99
AZIONE n. 7 : LA SCUOLA SI…CURA DEI FUTURI LAVORATORI 102
AZIONE n. 8: ESPOSIZIONE A CAMPI ELETTROMAGNETICI A RADIOFREQUENZA. COMUNICAZIONE SUL CORRETTO USO DELLA TELEFONIA CELLULARE 105
AZIONE n. 9 - "SENSIBILIZZAZIONE SUI RISCHI DELL'ECCESSIVA ESPOSIZIONE A RADIAZIONI UV" 108
Programma 3 – "Guadagnare Salute……negli ambienti di vita e di lavoro" **113**
AZIONE n. 1 - "VERSO UN 'AZIENDA SANITARIA LIBERA DA FUMO" 118
AZIONE n. 2 - "RESPIRO ARIA NUOVA" 122
AZIONE n. 3 - "CORSO DI FORMAZIONE RIVOLTO AD OPERATORI SOCIO-SANITARI DELLA ASL PER ADDESTRAMENTO AL COUNSELLING BREVE (MODELLO IPIB-PHEBA)" 125
AZIONE n. 4 - "CORSI DI FORMAZIONE SUI RISCHI DELL'ALCOL RISERVATI A TUTTI I DIPENDENTI DELLE A.S.L." 127
AZIONE n. 5 "GUADAGNARE SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO" 128
AZIONE n. 6 "RIDURRE IL CONSUMO ECCESSIVO DI SALE" 131
AZIONE n. 7 "AUMENTARE IL CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA" 137
AZIONE n. 8 "AUMENTARE L'ATTIVITÀ FISICA DELLE PERSONE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AGLI ULTRA64ENNI" 144
Programma 4: "Operatori sanitari promotori di Salute" **147**
AZIONE n. 1 "LA FORMAZIONE SUI TEMI DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE DEI MMG E DEI PLS" 155
AZIONE n. 2 - "SISTEMA CENTRALIZZATO DI MONITORAGGIO SUGLI STILI DI VITA ATTRAVERSO SUPPORTO PIATTAFORMA GESTIONALE" 157
AZIONE n. 3 "LO SCREENING CARDIO-VASCOLARE , IL CONTRIBUTO DEI MMG" 160
AZIONE n. 4 "LA VALUTAZIONE INTEGRATA DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI - UN PROGETTO PILOTA PER LA GESTIONE DEL DIABETE TIPO 2 ATTRAVERSO STILI DI VITA CORRETTI E IDONEI PERCORSI TERAPEUTICI-ASSISTENZIALI MULTIDISCIPLINARI" 163
AZIONE n. 5 - "IMPLEMENTAZIONE ALLATTAMENTO AL SENO FINO AL VI MESE" 166
AZIONE n. 6 "SCREENING AUDIOLOGICO NEONATALE" 169
AZIONE n. 7 "SCREENING OFTALMOLOGICO NEONATALE" 171
AZIONE n. 8 - IL CONTRIBUTO DELLA RETE DELLE FARMACIE CONVENZIONATE NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE - LA "FARMACIA DEI SERVIZI" 173
AZIONE n. 9 – "PROMOZIONE DELL'ESERCIZIO FISICO ATTRAVERSO LA CREAZIONE DELLA RETE DI PALESTRE TERRITORIALI" 177
AZIONE n. 10 - "CREAZIONE DI UNA TASK FORCE PEDIATRICA PER L'IMPLEMENTAZIONE E IL MONITORAGGIO DELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE IN ETÀ PEDIATRICA E LA VALUTAZIONE DEGLI OUTCOME: IMPATTO SULLA QUALITÀ DI VITA DI PAZIENTI E FAMIGLIE" 179
AZIONE n. 11 - "LA DONAZIONE DEL SANGUE COME STRUMENTO VOLTO AD AUMENTARE IL CONTROLLO SUI PRINCIPALI DETERMINANTI DELLA SALUTE E QUINDI A MIGLIORARE LO STATO GENERALE DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE" 183

Programma 5. Screening oncologici **188**

AZIONE n. 1 - "GARANTIRE L'ADEGUATEZZA DELLA FASE DI ARRUOLAMENTO" 189

AZIONE n. 2 - "RIORENTARE LA PREVENZIONE INDIVIDUALE SPONTANEA VERSO I PROGRAMMI DI SCREENING" 190

AZIONE n. 3 - "MANTENIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE E DELLE ATTIVITÀ DEI GRUPPI DI LAVORO PER LE VARIE FIGURE PROFESSIONALI" 191

AZIONE n. 4 - "COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE NEL PROCESSO DI ARRUOLAMENTO AGLI SCREENING ONCOLOGICI" 192

AZIONE n. 5 - "RIORIENTARE/AVVIARE I PROGRAMMI DI SCREENING PER IL CANCRO DELLA CERVICE UTERINA INTRODUCENDO IL TEST HPV-DNA" 193

AZIONE n. 6 - "IDENTIFICARE PRECOCEMENTE SOGGETTI A RISCHIO EREDO-FAMILIARE PER TUMORE DELLA MAMMELLA." 195

Programma 6. Guida sicura 199

AZIONE n. 1 - "PROMUOVERE LA PRATICA DELL'AUDIT SULLA SICUREZZA DELLE STRADE URBANE E PROVINCIALI CARATTERIZZATE DA INCIDENTALITÀ RIPETUTA." 202

AZIONE n. 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." 204

AZIONE n. 3 - "PROMUOVERE L'ADOZIONE DI INTERVENTI EFFICACI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA STRADALE NEI COMUNI CON NUMERO DI ABITANTI SUPERIORE A 15.000." 205

AZIONE n. 4 - "MIGLIORARE LA CONOSCENZA NELLA COLLETTIVITÀ DEI RISCHI CORRELATI ALLA SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NOTTURNE ED I DEFICIT DELLE FUNZIONI VISIVE, MIGLIORARE LA CAPACITÀ DIAGNOSTICA IN FASE PRECOCE DEI MMG, DEI MEDICI COMPETENTI E DEI MEDICI ACCERTATORI MONOCRATICI AUTORIZZATI AL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA" 206

AZIONE n. 5 - "PROMUOVERE L'USO DI DISPOSITIVI DI TRATTENUTA SUI SEDILI POSTERIORI." 208

AZIONE n. 6 - "MIGLIORARE L'EFFICACIA DEL PERCORSO DI RESTITUZIONE DELL'IDONEITÀ ALLA GUIDA AI SOGGETTI CON PATENTE SOSPESA PER GUIDA IN VIOLAZIONE DEGLI ARTT. 186 E 187 CDS PER USO DI ALCOL E/O SOSTANZE PSICOATTIVE, INSERENDO CORSI DI INFORMAZIONE / EDUCAZIONE PRELIMINARI ALLA RESTITUZIONE." 209

AZIONE n. 7 - "MIGLIORARE LA CONSAPEVOLEZZA IN MATERIA DI RISCHI COLLEGATI ALLA GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL E SOSTANZE PSICOATTIVE NEGLI ASPIRANTI GUIDATORI." 211

Programma 7: Prevenzione degli Infortuni e delle malattie professionali **215**

AZIONE n. 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 " 218

AZIONE n. 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" 219

AZIONE n. 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" 221

AZIONE n. 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"- 223

AZIONE n. 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"- 225

AZIONE n. 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 "- 226

AZIONE n. 7 - "PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE NEL SETTORE DELLE COSTRUZIONI"- 227

AZIONE n. 8 - "PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA NEL COMPARTO DELLE COSTRUZIONI"- 229

AZIONE n. 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"- 231

AZIONE n. 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 "- 232

AZIONE n. 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"- 234

AZIONE n. 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"- 236

AZIONE n. 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"- 238

AZIONE n. 14 - "PROMUOVERE E SUPPORTARE LA FORMAZIONE DEI TECNICI DELLA BILATERALITÀ IN AGRICOLTURA, DEI VENDITORI E DEI RIPARATORI DI MACCHINE AGRICOLE"- 240

AZIONE n. 15 - "SUPPORTARE LA FORMAZIONE DEGLI ATTORI AZIENDALI DELLA PREVENZIONE IN AGRICOLTURA, IN COLLABORAZIONE CON LA PARITETICITÀ"- 241

AZIONE n. 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"- 242

AZIONE n. 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 "- 244

AZIONE n. 18 - "PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E DELL'EFFICACIA DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA IN AGRICOLTURA"- 246

AZIONE n. 19 - "GARANTIRE L'EFFETTUAZIONE DI INCHIESTE PER MALATTIE PROFESSIONALI IN AGRICOLTURA GIUNTE A CONOSCENZA DEI SERVIZI PSAL ALIMENTANDO IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA MALPROF"- 247

AZIONE n. 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”- ... 249

AZIONE n. 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”- 250

AZIONE n. 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”- 252

AZIONE n. 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”- 254

AZIONE n. 24 - “COSTITUIRE PRESSO IL COR ABRUZZO UN ARCHIVIO DI DATI DI EX ESPOSTI AD AMIANTO RESIDENTI NELLA REGIONE”- 255

AZIONE n. 25 - “REALIZZARE LA PRESA IN CARICO E LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEGLI EX ESPOSTI AD AMIANTO SECONDO IL PROTOCOLLO ADOTTATO DAL COORDINAMENTO INTERREGIONALE PISLL”- 257

AZIONE n. 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”- 259

AZIONE n. 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”- 261

AZIONE n. 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”- 263

Programma 8: Casa Sicura 265

AZIONE n. 1 - “ATTUALIZZARE ED IMPLEMENTARE LA PROCEDURA REGIONALE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEGLI ANZIANI RICOVERATI PER FRATTURA DI FEMORE DA INCIDENTE DOMESTICO” 267

AZIONE n. 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” . 268

AZIONE n. 3 - “INFORMARE E FORMARE VOLONTARI ANZIANI SUI RISCHI DI INCIDENTE DOMESTICO PER LA DIFFUSIONE DELLE CONOSCENZE TRA PARI” 269

AZIONE n. 4 - “FORNIRE AI GENITORI INFORMAZIONI SULLA SICUREZZA DELLE ABITAZIONI E INDICAZIONI SULLE MISURE DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI DEI BAMBINI” 271

Programma 9: Ambiente e salute 272

AZIONE n. 1 - “ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE 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 E IN AREE PROTETTE” 276

AZIONE n. 2 - “ISTITUZIONE E ATTIVAZIONE 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” 281

AZIONE n. 3 - “ATTIVAZIONE DI UNA RETE IN AMBITO SANITARIO PER L’INTEGRAZIONE AMBIENTE SALUTE” 282

AZIONE n. 4 - “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” 285

AZIONE n. 5 - “REALIZZAZIONE DI UNO STUDIO EPIDEMIOLOGICO DI ESPOSIZIONE SU CONTAMINANTI AMBIENTALI CUI SONO ESPOSTI GRUPPI DI POPOLAZIONE (PROGETTO PILOTA SIN DI BUSSI)” 285

AZIONE n. 6 - “DEFINIZIONE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI IN TEMA DI VALUTAZIONE INTEGRATA DI IMPATTO SULLA SALUTE” 287

AZIONE n. 7 - “DEFINIZIONE ATTI DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA GESTIONE DI PROBLEMATICHE (ACCERTATE O PRESUNTE) SANITARIE ATTRIBUIBILI ALL’INQUINAMENTO AMBIENTALE” 289

AZIONE n. 8 - “DEFINIZIONE DI UN CURRICULUM FORMATIVO PER GLI OPERATORI DELLA SALUTE E DELL’AMBIENTE, MMG E PLS SUI TEMI DI INTEGRAZIONE AMBIENTE-SALUTE” 292

AZIONE n. 9 - “REALIZZAZIONE DI CORSI DI FORMAZIONE PER I FORMATORI” 292

AZIONE n. 10 - “INSERIMENTO DEGLI EVENTI FORMATIVI NEL PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO DEI MMG E PLS” 293

AZIONE n. 11 - “ADOZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LA REGIONE ABRUZZO IN TEMA DI COMUNICAZIONE DEL RISCHIO IN MODO STRUTTURATO E SISTEMATICO” 294

AZIONE n. 12 - “POTENZIAMENTO E IMPLEMENTAZIONE 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” 296

AZIONE n. 13 - “FORMARE GLI OPERATORI DEI SERVIZI PUBBLICI SULL’APPLICAZIONE DELLA SICUREZZA CHIMICA UNIFORMANDO NEL CONTEMPO LE ATTIVITÀ DI VIGILANZA REACH/CLP NEL TERRITORIO REGIONALE” 298

AZIONE n. 14 - “SUPPORTARE ED ASSISTERE LE IMPRESE ED I LORO RESPONSABILI DEI SERVIZI DI PREVENZIONE E PROTEZIONE ED AMBIENTALI INTERESSATI ALL’USO E ALLA GESTIONE DELLE SOSTANZE CHIMICHE” 300

AZIONE n. 15 - “APPROVAZIONE DI LINEE GUIDA PER ORIENTARE I REGOLAMENTI EDILIZI IN CHIAVE ECO-COMPATIBILE, ECOSOSTENIBILE E ORIENTATI AL CONTENIMENTO DEL RISCHIO RADON” 301

Programma 10: Promozione della sicurezza alimentare e nutrizionale 304

AZIONE n. 1 “ADOZIONE DI PIANI 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” 304

AZIONE n. 2 “SVILUPPARE PROTOCOLLI DI COLLABORAZIONE TRA OSPEDALI/LABORATORI DI DIAGNOSTICA/SORVEGLIANZA UMANA E LABORATORI DEPUTATI ALLA DIAGNOSTICA/SORVEGLIANZA NEL SETTORE ALIMENTARE E VETERINARIO” 312

AZIONE n. 3 “GESTIRE LE EMERGENZE RELATIVE ALLA SICUREZZA ALIMENTARE (EPIDEMICHE E NON) E GLI EVENTI STRAORDINARI” 313

AZIONE n. 4 “ASSICURARE UNA APPROPRIATA CAPACITÀ D LABORATORIO DELLA RETE DEI LABORATORI PUBBLICI ” 315

AZIONE n. 5 “AUMENTARE L’OFFERTA DI ALIMENTI IDONEI A SOGGETTI ALLERGICI E INTOLLERANTI -

CELIACHIA” 318
AZIONE n. 6 “RIDURRE I DISORDINI DA CARENZA IODICA” 323
AZIONE n. 7 “FORMARE IN MERITO ALLE TECNICHE E ALL’ORGANIZZAZIONE DEL CONTROLLO UFFICIALE E REALIZZARE GLI AUDIT PREVISTI DALL'ART. 4 PARAGRAFO 6 DEL REGOLAMENTO CEE 882/2004” 328
Programma 11: Rafforzare le misure di sanità pubblica veterinaria 331
AZIONE n. 1 “PREVENIRE LE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE DI INTERESSE VETERINARIO TRASMISSIBILI TRAMITE VETTORI ANIMALI” 331
AZIONE n. 2 “PREDISPORRE E REALIZZARE PIANI DI INFORMAZIONE/COMUNICAZIONE RIVOLTI ALLE POPOLAZIONI TARGET.” 333
AZIONE n. 3 “AUMENTARE LA PERCENTUALE DI CANI IDENTIFICATI E ISCRITTI ALL’ANAGRAFE CANINA REGIONALE RESTITUITI AL PROPRIETARIO, RISPETTO AI CANI CATTURATI” 333
AZIONE n. 4 “AUMENTARE LA PERCENTUALE DI CONTROLLI EFFETTUATI RISPETTO AL NUMERO DI CANILI/RIFUGI PRESENTI SUL TERRITORIO 333
Programma 12: Vaccinazioni e malattie infettive: consolidamento dei risultati e nuovi orizzonti 337
AZIONE n. 1 - “CREAZIONE DI UN PERCORSO DIAGNOSTICO RAPIDO E PRECOCE DI PRESA IN CARICO SINO A MONITORAGGIO DI TERAPIA ED ESITI PER PAZIENTI CON INFEZIONE TUBERCOLARE.” 337
AZIONE n. 2 - “PROGRAMMA DI PREVENZIONE TARDIVA E AVANZATA DI INFEZIONE DA HIV” 341
AZIONE n. 3 - “AUMENTARE LA COPERTURA VACCINALE E L’ADESIONE CONSAPEVOLE NELLA POPOLAZIONE GENERALE” 348
AZIONE n. 4 - “PIANIFICARE LA COMUNICAZIONE FINALIZZATA ALLA CORRETTA GESTIONE E INFORMAZIONE SUI VACCINI E SULLE MALATTIE PREVENIBILI MEDIANTE VACCINAZIONE” 353
AZIONE n. 5 - “IMPLEMENTAZIONE DI UN PIANO DI EMERGENZA REGIONALE GENERALE STABILE PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE INFETTIVE” 357
AZIONE n. 6 - “PROMUOVERE LA CONSAPEVOLEZZA DA PARTE DELLA COMUNITÀ NELL’USO DEGLI ANTIBIOTICI.” 362

Programma 1: Misurare per agire

OBIETTIVI CENTRALI

5.2 - Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale (**azione n. 2**);

6.3 -Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver (**azione n. 1**);

6.5 - Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico (**azione n. 2**);

7.1 - Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni (**azioni n. 3-4-5-6**);

7.2-Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP (**azioni n. 4-5-6**);

9.1 - Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie (**azione n. 7**);

9.2 - Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce (**azione n. 7**);

9.3 - Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile (**azione n. 8**);

9.4 - Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi) (**azione n. 9**);

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) (**azione n. 10**);

9.10 - Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) (**azione n. 11**);

9.11 - Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale (**azione n. 12**);

9.13 - Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (**azione n. 13**);

10.2 - Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco (**azione n. 14**);

10.4 - Completare i sistemi anagrafici (**azione n. 15**);

RAZIONALE E DESCRIZIONE DEL PROGRAMMA

Nel corso della realizzazione delle azioni previste dal PRP 2010 – 2012 sono emerse in Abruzzo, con particolare evidenza, carenze in termini di adozione, copertura, omogeneità a livello regionale di sistemi di sorveglianza e registri ad hoc attivi a livello nazionale, nonché criticità nell'alimentazione e nell'uso di sistemi informativi sanitari e statistici correnti. Si tratta di strumenti finalizzati alla conoscenza e al monitoraggio dei problemi di salute nella collettività, alla documentazione del progresso delle azioni intraprese, e alla programmazione sulla base di priorità: essenziali quindi all'esercizio delle funzioni di stewardship. Il PNP 2010 – 2012 aveva già stabilito il ruolo fondamentale, nella individuazione e nello sviluppo delle azioni, di una adeguata conoscenza dei problemi, identificando nei sistemi di sorveglianza e nei registri ad hoc, e nei sistemi informativi sanitari e statistici correnti, gli strumenti per la costruzione di una conoscenza orientata all'azione nel campo della prevenzione. Una delle Azioni Centrali a supporto del medesimo PNP era proprio per questo finalizzata allo sviluppo delle capacità di sorveglianza e registrazione ad uso della prevenzione.

Peraltro, lo stesso PNP 2014-2018 individua, tra gli obiettivi centrali a carattere di sistema, l'utilizzo a fini di pianificazione sanitaria dei dati derivanti dai sistemi di sorveglianza di popolazione, l'adeguamento dell'information technology e l'integrazione dei registri, sorveglianze e flussi informativi a livello regionale.

Questo programma, sulla base delle osservazioni e delle considerazioni sopra riportate, comprende 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;
- al miglioramento dell'identificazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie e all'identificazione precoce dei casi;
- al miglioramento dell'informatizzazione, in modo interoperabile anche con altre basi di dati, dei sistemi di sorveglianza per le malattie infettive e delle anagrafi vaccinali.

AZIONE n. 1 – SORVEGLIANZE

(obiettivo centrale 6.3)

1. Sorveglianza ***Okkio alla Salute***
2. Sorveglianza ***PASSI***
3. Sorveglianza ***Passi D'Argento***

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 favorenti 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 DI EFFICACIA

- WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)
- Costa G, Salmaso S, Cislaghi 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 tutorialhttp://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 Pass 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

Report regionali sorveglianze: Okkio alla Salute, Passi, Passi D'Argento

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

Si segnala che 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.

INDICATORE DI PROCESSO *Fonte: Regione*		**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
SORVEGLIANZA OKKIO ALLA SALUTE	Individuazione/conferma operatori per Asl (rilevazione e inserimento dati) Okkio alla Salute		100% operatori individuati per il 2016	100% Atti aziendali di individuazione degli operatori per il 2018	100% operatori individuati per il 2018
	Individuazione/conferma operatori per Asl (rilevazione e inserimento dati)		100% operatori individuati per il 2016	100% Atti aziendali di individuazione degli operatori per il 2018	100% operatori individuati per il 2018
	Numero di rilevamenti realizzati/numero rilevamenti attesi complessivamente nel sistema di sorveglianza Okkio alla Salute attivo, con la modalità di partecipazione prevista		100% Rilevamenti attesi con partecipazione di tutte le Asl al campionamento regionale e almeno una con campionamento aziendale nella sorveglianza Okkio alla SALUTE		100% Rilevamenti attesi con partecipazione di tutte le Asl al campionamento regionale e almeno una con campionamento aziendale nella sorveglianza Okkio alla SALUTE

SORVEGLIANZA OKKIO ALLA SALUTE	Comunicazione dei risultati agli stakeholders			Convegno con partecipazione dei portatori di interesse e distribuzione materiale	
SORVEGLIANZA PASSI	Individuazione/conferma operatori per Asl (rilevazione e inserimento dati) Passi		100% operatori individuati per il 2016 con specifico atto aziendale	100% operatori individuati per il 2017 con specifico atto aziendale	100% operatori individuati per il 2018 con specifico atto aziendale
	% di interviste realizzate complessivamente nel sistema di sorveglianza Passi attivo, con la modalità di partecipazione prevista, incluso i moduli aggiuntivi **INDICATORE SENTINELLA**	93,4%	100% Interviste realizzate con partecipazione di tutte le Asl con il campionamento aziendale minimo previsto nella sorveglianza PASSI	100% interviste realizzate con partecipazione di tutte le Asl con il campionamento aziendale minimo previsto nella sorveglianza PASSI	100% interviste realizzate con partecipazione di tutte le Asl con il campionamento aziendale minimo previsto nella sorveglianza PASSI
	Comunicazione dei risultati agli stakeholders		Convegno con partecipazione dei portatori di interesse distribuzione materiale		Convegno con partecipazione dei portatori di interesse distribuzione materiale
SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO	Individuazione/conferma operatori per Asl (rilevazione e inserimento dati) Passi D'Argento		100% operatori individuati per il 2016 con specifico atto aziendale	100% operatori individuati per il 2017 con specifico atto aziendale	100% operatori individuati per il 2018 con specifico atto aziendale
	Numero di interviste realizzate/numero interviste attese complessivamente nel sistema di sorveglianza Passi D'Argento attivo, con la modalità di partecipazione prevista incluso i moduli aggiuntivi		100% interviste attese con partecipazione di tutte le Asl al campionamento aziendale nella sorveglianza PASSI d'Argento		100% interviste attese con partecipazione di tutte le Asl al campionamento aziendale nella sorveglianza PASSI d'Argento
	Comunicazione dei risultati agli stakeholders			Convegno con partecipazione dei portatori di interesse e distribuzione materiale	

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 dati delle seguenti sorveglianze:

1. Sorveglianza Okkio alla Salute
2. Sorveglianza PASSI
3. Sorveglianza Passi D'Argento

INDICATORI DI ESITO *Fonte: Sorveglianze*	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Adesione delle ASL regionali a tutte le Sorveglianze compreso i moduli aggiuntivi 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)	100%	100%	100%

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.			

ANALISI DEI RISCHI

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
3. Scarsa attenzione alla comunicazione dei risultati da parte dei decisori politici	Sensibilizzazione ai fini della programmazione secondo i bisogni rilevati della comunità
4. Disomogeneità nell'attuazione degli interventi da parte delle ASL	Inserimento da parte della Regione nell'obiettivo di valutazione dei Direttori Generali delle AUSL

CRONOPROGRAMMA

1. Sorveglianza Okkio alla Salute

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Individuazione/conferma Referente Regionale di Okkio alla Salute	X	X						X	X			
2) Individuazione/conferma Coordinatore Regionale di Okkio alla Salute	X	X						X	X			
3) Individuazione/conferma Referente Aziendale di Okkio alla Salute	X	X						X	X			
4) Costituzione di un gruppo regionale di coordinamento	X	X						X	X			
5) Individuazione/conferma operatori per Asl (rilevazione e inserimento dati)	X	X						X	X			
6) Attuazione protocollo nazionale okkio alla salute in tutte le Asl ed esecuzione attività	X	X	X						X	X		
7) Comunicazione dei risultati agli stakeholders				X	X							X
8) Verifica dei risultati-indicatori del PRP 2014-18 intermedi e finale				X	X							X

2. Passi

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Individuazione/conferma Referente Regionale di Passi	X	X										
2) Individuazione/conferma Coordinatore Regionale di Passi	X	X										
3) Individuazione/conferma Referente Aziendale di Passi	X	X										
4) Costituzione di un gruppo regionale di coordinamento	X	X										
5) Individuazione/conferma operatori per Asl (interviste e inserimento dati)	X	X										
6) 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
7) Comunicazione dei risultati agli stakeholders			X	X			X	X			X	X
8) Verifica dei risultati-indicatori del PRP 2014-18 intermedi e finale		X	X			X	X			X	X	

3. Passi D'Argento

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Individuazione/conferma Referente Regionale di Passi D'Argento	X	X						X	X			
2) Individuazione/conferma Coordinatore Regionale di Passi D'Argento	X	X						X	X			
3) Individuazione/conferma Referente Aziendale di Passi D'Argento	X	X						X	X			
4) Costituzione di un gruppo regionale di coordinamento	X	X						X	X			
5) Individuazione/conferma operatori per Asl (interviste e inserimento dati)	X	X						X	X			
6) Attuazione protocollo nazionale Passi D'Argento in tutte le Asl incluso i moduli aggiuntivi ed esecuzione delle attività	X	X	X						X	X	X	
7) Comunicazione dei risultati agli stakeholders				X	X							X
8) Verifica dei risultati-indicatori del PRP 2014-18 intermedi e finale				X	X							X

AZIONE n. 2 - MIGLIORARE LA CLASSIFICAZIONE DEI TRAUMI E DELLE INTOSSICAZIONI NEI VERBALI DI PRONTO SOCCORSO E NELLE SDO

(obiettivo centrale 5.2 - 6.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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) e la classificazione in essa riportata è legata a quella operata al momento dell'accesso in Pronto Soccorso. L'analisi dei dati regionali di contesto relativi ai ricoveri per incidente stradale ed incidente domestico nella regione rileva incongruenze tra il numero di ricoveri attribuibili nel 2012 sulla base delle SDO ad incidente stradale nella regione e quello stimabile in base all'algoritmo ISS-OMS per la stima dei ricoveri in base al numero di decessi (1010 vs. 1760). Analoga osservazione vale per gli incidenti domestici, ai quali sono attribuiti - nel 2013 - 3739 ricoveri, a fronte di un tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti pari nel 2013 a 14,94 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). Riportando il tasso al numero di abitanti nell'anno, solo per gli ultra75enni è possibile stimare un numero assoluto di circa 2200 dimissioni. Visto 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 (allineando i criteri di classificazione delle intossicazioni a quelli dei CAV di riferimento), 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.

EVIDENZE DI EFFICACIA: n.a.

SOSTENIBILITA'

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

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

TARGET	Dipartimenti Emergenza Accettazione (DEA) delle ASL della Regione			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITÀ	azione di sistema			

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	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				X

AZIONE n. 3 - IMPLEMENTARE UN SISTEMA INFORMATIZZATO DI REGISTRAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO, FORMAZIONE E ASSISTENZA E DEI FLUSSI IN ENTRATA DEI SERVIZI DI PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO (NOTIFICHE DI CANTIERI, PIANI DI LAVORO, NUOVI INSEDIAMENTI PRODUTTIVI, INFORTUNI, MALATTIE PROFESSIONALI) INTEROPERABILE CON ALTRI SISTEMI INFORMATICI

(obiettivo centrale 7.1)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

La necessità di monitorare:

- i flussi in entrata ai Servizi Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro (SPSAL) (derivanti da obblighi a carico di vari soggetti o da richieste di intervento o di informazione o assistenza, o da altre comunicazioni comunque afferenti alla tematica della salute e sicurezza sul lavoro)
- le attività svolte, i dati rilevati nel corso di queste (a partire dalle attività di vigilanza, dalle violazioni riscontrate e dalle prescrizioni impartite, durante l'attività di vigilanza), e le prestazioni erogate,

rendono indispensabile implementare un sistema informativo unico su base regionale (unico data- base con gestione dei dati in modalità sicura), che fornisca un supporto gestionale alle attività svolte e permetta di raccogliere informazioni di sintesi di livello regionale finalizzate prioritariamente al monitoraggio dei LEA.

Attraverso il sistema sarà possibile rendere più efficienti la gestione, la pianificazione e il monitoraggio delle attività. L'interoperabilità con altri sistemi gestionali delle ASL e con i sistemi informativi dell'INAIL consentirà di accedere rapidamente ed agevolmente alle informazioni sugli infortuni e sugli incidenti che comportano l'accesso al DEA e a flussi quali quelli agli esposti ed ex esposti a cancerogeni. il sistema si integrerà con l'anagrafe regionale degli assistiti. Le anagrafi delle persone fisiche e giuridiche ne formeranno l'elemento di riferimento interno e lo strumento di interoperabilità con altri sistemi. La chiave di interoperabilità sarà l'identificativo fiscale. Sarà possibile la completa tracciabilità delle operazioni effettuate.

L'accesso da parte degli operatori SPSAL e di utenti esterni sarà facilitato dall'utilizzazione di un sotware applicativo di tipo web based, compatibile con i browser più diffusi, che non richiederà per l'accesso l'installazione di ulteriori applicativi, e consentirà uno specifico processo per la notifica on-line dei cantieri ex art. 99 D.Lgs. 81/08 da parte dei soggetti obbligati, previa registrazione su interfaccia dedicata, che alimenterà l'anagrafe dei cantieri edili.

Sarà possibile l'inserimento, previa opportuna codifica, di tutte le attività svolte dai SPSAL, con georeferenziazione dei dati geografici contenuti nelle anagrafi. Si procederà prioritariamente all'attivazione della registrazione delle attività e dei flussi in entrata principali (richieste di intervento, richieste di assistenza o informazione, ricorsi avverso il giudizio del medico competente, richieste provenienti dalla A.G. o da altre istituzioni per interventi di vigilanza o indagine, comunicazioni in entrata dovute per legge, interventi di vigilanza, inchieste per infortuni e malattie professionali).

Per tutte le notifiche e le comunicazioni obbligatorie (con priorità per notifiche di cantieri, piani di lavoro, Nuovi Insediamenti Produttivi), sarà realizzata un'interfaccia utente per la compilazione delle informazioni necessarie.

L'azione è finalizzata al perseguimento dell'obiettivo centrale 7.1.

EVIDENZE DI EFFICACIA: n.a.

SOSTENIBILITA'

Il sistema costituirà un importante strumento di semplificazione e velocizzazione dell'attività degli operatori del SPSAL, ma soprattutto per gli utenti che si trovino a dover notificare documenti o richiedere assistenza, evitando anche il più possibile la duplicazione delle procedure. Consentirà inoltre l'elaborazione agevole di report regionali e di ASL sull'attività, anche ai fini del monitoraggio dei LEA.

OBIETTIVO SPECIFICO

Implementare un sistema informatizzato di registrazione dell'attività di vigilanza e controllo, formazione e assistenza e dei flussi in entrata dei SPSAL (notifiche di cantieri, piani di lavoro, Nuovi Insediamenti Produttivi, infortuni, malattie professionali) interoperabile con i sistemi informatici delle ASL e di altri Enti

ATTIVITÀ

1. Formalizzazione gruppo di lavoro regionale interdisciplinare (operatori SPSAL e tecnici informatici) per l'individuazione dei contenuti minimi del sistema (strutture dati, funzionalità, controlli e quant'altro necessario) con produzione di un elaborato che sarà alla base del capitolato di gara
2. redazione di un capitolato di gara
3. realizzazione e utilizzo, nelle more dell'espletamento della gara, di un modello regionale di raccolta dati su supporto standard (es.: MS-Access) per la registrazione dei dati dei quali è necessario tenere il monitoraggio in relazione al progresso del PRP
4. Messa in produzione dell'applicativo

TARGET	Operatori SPSAL			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITÀ	azione di sistema			

Indicatori	Fonte di verifica	Baseline (Anno 2013)	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
7.1.1 Report regionale annuale sul monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati (**INDICATORE SENTINELLA**)	Report regionale		report annuale al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08	report annuale al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08	report annuale al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Formalizzazione gruppo di lavoro regionale interdisciplinare	X											
2) redazione di un capitolato di gara	X	X										
3) realizzazione e utilizzo modello regionale di raccolta dati su supporto standard	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4) Messa in produzione dell'applicativo								X	X	X	X	X
5) Report regionale annuale sul monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati				X				X				X

AZIONE n. 4: 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)

(obiettivi centrali 7.1 – 7.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 e che le informazioni vengano raccolte una sola volta a livello regionale e poi 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.

SOSTENIBILITA'

L'azione sarà un importante strumento di semplificazione degli adempimenti normativi a carico degli utenti, oltre che di trasparenza del sistema.

OBIETTIVO SPECIFICO

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

1. 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
2. Valutazione dell'inserimento applicativo web in un opportuno spazio sul portale regionale istituzionale
3. Installazione, configurazione e messa in produzione dell'applicativo

TARGET	Operatori SPSAL, Imprese e lavoratori che effettuano attività con amianto.			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITÀ	azione di sistema			

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			report annuale al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08	report annuale al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08	report annuale al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
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	X	X										
Valutazione inserimento applicativo web in opportuno spazio sul portale regionale istituzionale	X	X										
Installazione, configurazione e messa in produzione dell'applicativo			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE n. 5: "ATTIVAZIONE DEL REGISTRO DEI TUMORI NASO-SINUSALI (ReNaTuNS)"

(obiettivi centrali 7.1 – 7.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 Centri Operativi Regionali (COR) del Registro Nazionale dei Mesoteliomi (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

SOSTENIBILITA': n.a.

OBIETTIVO SPECIFICO

Attivare il Registro dei Tumori Naso-Sinusali nella regione, estendendo il campo di attività del COR Abruzzo del ReNaM.

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. Adozione di software dedicato per l'inserimento dei dati
4. Emanazione di linee guida regionali per l'Individuazione delle fonti primarie nella regione e la strutturazione di una rete finalizzata alla segnalazione dei casi attraverso scheda apposita
5. Realizzazione di corso di formazione per gli operatori dei servizi PSAL incaricati delle interviste
6. Acquisizione degli archivi SDO, con ricerca dei casi incidenti
7. Report di attività del Registro

TARGET	operatori del COR Abruzzo, operatori SPSAL, servizi di anatomia patologica, UO di ORL, chirurgia maxillo-facciale, radioterapia			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐

INTERSETTORIALITÀ	azione di sistema

INDICATORI	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Baseline (2013)	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Attività COR Abruzzo estesa al Registro dei Tumori Naso-Sinusali (ReNaTuNS)	Atto formale (Delibera Giunta Regionale)			Campo attività COR esteso a ReNaTuNS con Delibera Giunta Regionale		
ReNaTuNS attivo **INDICATORE SENTINELLA**	COR			Report annuale	Report annuale	Report annuale

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				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	X										
2) Formalizzazione adesione regione a ReNaTuNS	X	X										
3) Adozione software dedicato	X	X										
4) Emanazione linee guida regionali	X	X										
5) Corso di formazione operatori SPSAL incaricati delle interviste			X	X								
6) Acquisizione degli archivi SDO, con ricerca dei casi incidenti			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7) Report attività ReNaTuNS				X				X				X

AZIONE n. 6: "ATTIVAZIONE DEL REGISTRO DEI TUMORI A BASSA FRAZIONE EZIOLOGICA NELLA REGIONE"

(obiettivi centrali 7.1 – 7.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 si 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.

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.

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

ATTIVITÀ
1. Formalizzazione della estensione dell'attività del COR Abruzzo ai tumori a bassa frazione eziologica mediante Delibera di Giunta Regionale
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 archivi SDO e anagrafe regionale assistiti da parte del COR

TARGET	operatori del COR, operatori SPSAL, INAIL			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITÀ	azione di sistema			

Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Baseline (2013)	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Attività COR Abruzzo estesa al Registro Tumori a bassa frazione eziologica	Atto formale (D.G.R.)			Campo attività COR esteso a registro tumori a bassa frazione eziologica		
Accordo Regione – INAIL nazionale di adesione al registro	Atto formale			Accordo formalizzato		

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Formalizzazione estensione attività COR mediante D.G.R.		X										
2) Formalizzazione adesione regione al registro, nell'ambito di accordo INAIL - Regioni			X	X								
3) Acquisizione archivi SDO e anagrafe regionale assistiti da parte del COR				X	X							

AZIONE n. 7 - SE TI SCOPRO….TI SEGNALO: aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie ed identificare tempestivamente i casi ed i rischi infettivi anche mediante sistemi di allerta precoce

(obiettivi centrali 9.1 – 9.2)

RAZIONALE E BREVE DESCRIZIONE

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.

EVIDENZE DI EFFICACIA

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'

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 evidenziatesi nel corso degli anni.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Sistema nazionale per la sorveglianza integrata del morbillo e rosolia 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 "hard to reach" con basse CV 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).

OBIETTIVO SPECIFICO

aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie ed identificare tempestivamente i casi ed i rischi infettivi anche mediante sistemi di allerta precoce.

ATTIVITÀ

Oltre alle attività previste dal PNEMoRc 2010-15 si ribadisce la necessità di:

- aumentare l'attenzione dei clinici e dei laboratoristi;
- mantenere l'attitudine alla segnalazione dei casi, alla raccolta dei campioni, all' analisi di laboratorio e all'invio al laboratorio di riferimento nazionale/regionale attraverso:
- Istituzione di un tavolo tecnico permanente inter-istituzionale per la gestione del sistema di sorveglianza delle malattie infettive. **(comune all'azione 9.4, 9.3)**
- Formazione degli operatori coinvolti (MMG, PLS, medici ospedalieri, P.S., laboratori analisi) con specifico protocollo operativo
- Rete tra i laboratori analisi della regione attraverso creazione di specifica applicazione per smartphone per la segnalazione tempestiva in caso di sierologia positiva per morbillo /rosolia. **(comune all'azione 9.4)**
- Sviluppo di nuove funzionalità dei software in dotazione ai PS e laboratori analisi aziendali che permettano una tempestiva comunicazione sui casi sospetti o confermati di morbillo/rosolia che facilitino la raccolta sistematica dei dati con ritorno e diffusione delle informazioni tra operatori coinvolti.

TARGET	**Aziende sanitarie**			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro ☐
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, Ufficio Scolastico Regionale			

Indicatori di Processo *FONTE: Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia* **INDICATORE SENTINELLA**	**Baseline**	**2016**	**2017**	**2018**

% di casi di morbillo/rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	71%	75%	80%	90%

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Istituzione di un tavolo tecnico permanente inter-istituzionale per la gestione della del sistema di sorveglianza delle malattie infettive per elaborare un piano operativo per l'attuazione delle azioni proposte, per il monitoraggio e ed eventuali interventi correttivi	X	X										
2) Formazione degli operatori coinvolti (MMG, PLS, medici ospedalieri, P.S., laboratori analisi)	X	X			X	X	X					
3) Dotazione di app informatiche nei laboratori di tutta la regione per la diretta trasmissione dei dati ai servizi di Igiene e Sanità Pubblica				X	X							
4) Sviluppo di nuove funzionalità dei software in dotazione ai PS e laboratori analisi aziendali che permettano una tempestiva comunicazione sui casi sospetti o confermati di morbillo/rosolia che facilitino la raccolta sistematica dei dati con ritorno e diffusione delle informazioni tra operatori coinvolti		X	X	X								

AZIONE n. 8: INFORMATIZZARE I SISTEMI DI SORVEGLIANZA PER LE MALATTIE INFETTIVE, IN MODO INTEROPERABILE

(obiettivo centrale 9.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 diffusive") 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.
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.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE : n.a.

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
- 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 ☐	Comunità ☐	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro ☐
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**
Percentuale di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive. **INDICATORE SENTINELLA**	100%	100%	100%	100%

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
Istituzione di un tavolo tecnico permanente inter-istituzionale	X	X										
Individuare i Referenti responsabili del sistema informativo per ciascuna ASL	X	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 E DELLE POSSIBILI CRITICITA'

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.

AZIONE n. 9 - AUMENTARE LA SEGNALAZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI (MMG, OSPEDALIERI, LABORATORISTI)

(obiettivo centrale 9.4)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 sono 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.

Le malattie invasive di origine batterica (MIB) sono piuttosto frequenti nella popolazione e possono essere causa di gravi complicanze. La meningite, la polmonite, la sepsi e altri quadri clinici sono le manifestazioni più frequenti. I sintomi e i quadri di queste infezioni spesso non permettono di individuare l'agente eziologico batterico responsabile. E' quindi necessario isolare e tipizzare i batteri che causano l'infezione in modo da attivare efficaci misure di controllo della malattia. La maggior parte dei casi sono sostenuti da *Neisseria meningitidis* (meningococco), *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib o "emofilo") e *Streptococcus pneumoniae* (pneumococco). Nel contesto europeo, l'Italia si colloca come paese a bassa incedenza di malattia invasiva da meningococco, pneumococco ed emofilo. Dai dati del sistema di sorveglianza dell'ISS è emerso che nel 2013 sono stati segnalati 977 casi di malattia invasiva da *Streptococcus pneumoniae* (pneumococco), 172 da *Neisseria meningitidis* (meningococco) e 78 da *Haemophilus influenzae* (emofilo). Questi dati sono descritti in sezioni dedicate a ciascun patogeno; alcuni sierogruppi/sierotipi di questi tre patogeni sono prevenibili attraverso vaccinazione e sono fornite informazioni utili al monitoraggio delle strategie vaccinali.

Dai dati Europei in generale, emerge che negli anni 2010 e 2011 il sierogruppo B del meningococco rappresenta la causa principale dei casi segnalati; che la maggior parte dei casi di malattia pneumococcica invasiva, notificati nel 2011 sono stati causati da sierotipi coperti dal vaccino anti-pneumococco coniugato 13-valente, sebbene l'incidenza del sierotipo 6C (non coperto dal vaccino) sia in aumento. Infine la percentuale più elevata di segnalazioni tra i bambini di *H. influenzae* invasiva è stata dovuta a ceppi non capsulati.

Ad oggi, i vaccini disponibili per la prevenzione delle infezioni da emofilo di tipo b (Hib), da meningococco di sierogruppo A, B, C, Y, W e da pneumococco (da 10, 13 o 23 sierotipi a seconda delle diverse composizioni vaccinali). L'esperienza derivata dalla vaccinazione ha evidenziato l'importanza di continuare il monitoraggio dei casi di malattia dopo l'avvio di programmi estesi di vaccinazione per sorvegliare le infezioni causate dai ceppi non coperti dalle strategie vaccinali.

Descrizione dell'azione

Il progetto 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: percorso formativo per i medici ospedalieri e territoriali (MMG, Medico di Continuità Assistenziale) anche 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).*
Semplificazione e fruibilità del il sistema di segnalazione, 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.
Realizzazione di una rete informatica tra quella di laboratorio ed il 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.
Rilevazione semestrale dei dati inseriti nel sistema di sorveglianza speciale per le MIB e delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dai database della Regione Abruzzo con analisi della corrispondenza dei dati. Tale attività consente di limitare la sottostima delle notifiche di MIB.

EVIDENZE DI EFFICACIA
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 si 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 innovazioni informatiche proposte si inseriscono in un sistema già esistente (Simiweb, sorveglianza speciale MIB, SDO), ed è quindi prevedibile una loro integrazione a sistema.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA
Monitoraggio semestrale dei dati dei dati inseriti nel sistema di sorveglianza speciale per le MIB e delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dai database della Regione Abruzzo con analisi della corrispondenza dei dati, permettendo di stimare l'eventuale grado di sottonotifica.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE N.A.

OBIETTIVO SPECIFICO
Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (MMG, ospedalieri, laboratoristi)

ATTIVITÀ
1. Istituzione di un tavolo tecnico permanente inter-istituzionale per la gestione del sistema di sorveglianza delle malattie infettive.

2. Formazione specifica rivolta operatori sanitari coinvolti (MMG, PLS, medici ospedalieri, territoriali, laboratoristi) per aumentare l'attenzione alla notifica delle Malattie Infettive.
3. Dotazione di app informatiche capillarmente negli ambulatori di MMG ed in ospedale.
4. Dotazione di app informatiche nei laboratori di tutta la regione per la diretta trasmissione dei dati ai servizi di Igiene ed Epidemiologia.
5. Individuazione del personale responsabile per la gestione del flusso dei dati.
6. Rilevamento delle malattie infettive sottoposte a notifica tramite analisi delle diagnosi principali e secondarie estratte dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dai database della Regione Abruzzo.

TARGET	Aziende Sanitarie			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	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			

Indicatori di Processo *FONTE: Sistema di sorveglianza speciale MIB/SDO*	**Baseline**	**Anno 2016**	**Anno 2017**	**Anno 2018**
Percentuale dei casi di MIB notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi eziologica (**INDICATORE SENTINELLA)**	50%	60%	75%	90%

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
Formazione specifica per aumentare l'attenzione alla notifica delle Malattie Infettive	X		X		X		X					
Individuazione del personale responsabile per la gestione del flusso dei dati	X	X										
Dotazione di app informatiche capillarmente negli ambulatori di MMG, PLS, medici ospedalieri e territoriali	X	X	X	X								
Dotazione di app informatiche nei laboratori di tutta la regione per la diretta trasmissione dei dati ai servizi di Igiene ed Epidemiologia			X	X	X	X	X					
Rilevamento delle malattie infettive sottoposte a notifica tramite analisi delle diagnosi principali e secondarie estratte dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dai database della Regione Abruzzo		X		X		X		X		X		X

ANALISI DEI RISCHI

Incompleta compilazione delle schede di segnalazione. Criticità superabile con gli incontri formativi previsti nei quali verranno evidenziati e discussi gli errori riscontrati.

Visto l'uso di app su smartphone e sistemi informatizzati alcuni operatori potrebbero manifestare resistenze e difficoltà all'uso: si prevede l'intervento di un help desk e formazione dedicata da parte di personale individuato nei CED aziendali.

AZIONE n. 10 - 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, RESIDENTI/ASSISTITI)

(obiettivo centrale 9.6)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 DI EFFICACIA

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

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA'

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.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

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. Verranno effettuate rilevazioni semestrali sull'attività di inserimento dei dati vaccinali.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE : n.a.

OBIETTIVO SPECIFICO
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).

ATTIVITÀ
Informatizzazione, graduale e progressiva, della popolazione infantile vaccinata oggetto di rilevazione vaccinale annuale (flusso dati ministeriale)

TARGET	Aziende sanitarie			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Informatizzazione, graduale e progressiva della popolazione infantile vaccinata, oggetto di rilevazione vaccinale annuale			

Indicatore di processo per copertura informatizzata/cronoprogramma *(FONTE: Sistema vaccinale informatizzato regionale)*	**Baseline**	**2016**	**2017**	**2018**
Percentuale di Inserimento delle vaccinazioni dei nuovi nati **INDICATORE SENTINELLA**	**Non presente**	**100%**	**100%**	**100%**
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2015	Non presente	100%	----	----
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2014	Non presente	100%	----	----
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2013	Non presente	100%	----	----
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2009	Non presente	100%	----	----
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2004	Non presente	100%		
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2010	Non presente	----	100%	----
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2005	Non presente	----	100%	----
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2006	Non presente	----		100%
Inserimento delle vaccinazioni coorte 2011	Non presente	----	----	100%

ANALISI DEI RISCHI
La criticità evidenziata sin dalla prima fase dell'applicazione del sistema è la 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.

AZIONE n. 11 – MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

(obiettivo centrale 9.10)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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:

Staphilococcus aureus

Nel 1960 ci furono le prime segnalazioni di ceppi si 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 costo- 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 (Vancomicin 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. pneumonie 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 carbapenamasi 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 carbapanemasi che sono la causa di resistenza ai carbapenimici 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 microrganismi 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].

Descrizione dell'azione

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 instituito 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 chemioluminescenti	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 microorganismi 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 DI EFFICACIA

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

variabile	***Gruppo 1*** Emocoltura media SD	***Gruppo 2*** 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

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	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	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 antibioticoterapia per la fase di raccolta e disseminazione delle informazioni; CIO delle ASL Regione Abruzzo, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività.			

ATTIVITÀ

Intervento	mezzi	costi	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)	Costi professionali	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)	Spese software e capitale professionale	Direzioni Sanitarie oltre a quanti sopra; direzioni strategiche
3) Progettazione di un database unico regionale	Software, capitale professionale	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	Capitale professionale	componenti CIO e dei laboratori
5) Stima della circolazione degli MDRO per ottenere un *benchmarking* regionale	raccolta su database unico regionale	Software, capitale professionale	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	Capitale professionale microbiologico, reagenti	Direzioni Laboratorio, Direzioni Strategiche, ASR

	lo screening classico		
7) Diagnosi precoce delle sepsi con metodi rapidi	Esami diagnostici da effettuare su sangue per i pazienti ad alto rischio di infezione da CRE	Capitale professionale	Laboratorio microbiologico di riferimento regionale

Indicatore	Valore baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE (**INDICATORE SENTINELLA)**	0	25%	50%	100%
Numero di Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemici ed altri germi ALERT identificati 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	0	100	150	200
Numero di laboratori sul totale regionale aderenti alla raccolta dati informatici su MDRO isolati	0	10%	20%	40%

CRONOPROGRAMMA

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

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 un supporto istituzionale (direzioni strategiche aziendali e direzioni delle UOC interessate) adeguato alla complessità necessaria all'implementazione di un sistema di sorveglianza per i germi 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.).

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 inadults 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.

AZIONE n. 12 – "MONITORARE IL CONSUMO DI ANTIBIOTICI IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE"

(obiettivo centrale 9.11)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 constante 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.

Descrizione dell'azione

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 DI EFFICACIA

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. pneumonie* 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 Accorpare in un unico database regionale tutti i dati relativi alla prescrizione sul territorio di tutti gli antibiotici erogati a seguito di ricetta rimborsabile
2 Accorpare 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	costi	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)	Costi professionali ed informatici	Regione Abruzzo, ARS Abruzzo, UOC Farmacie Ospedaliere Aziendali, Malattie Infettive, ONLUS
2. Raccolta dati informatici e non informatici dove necessario	capitale umano di tipo professionale (amministrativo, informatico, farmaceutico)		
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 capitale umano di tipo professionale		
5. Analisi e reportistica periodica	raccolta su database unico regionale		

dell'accorpamento dei dati	capitale umano di tipo professionale		

TARGET	Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC Farmacie Ospedaliere Aziendali; UOC Ospedaliere; Infettivologi, ematologi, intensivisti ed altri esperti di antibioticoterapia; CIO delle ASL Regione Abruzzo, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività.			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti Sanitari **X**	Ambienti di Lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	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 antibioticoterapia; 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.			

CONTRASTO 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 diseguaglianze su base territoriale.

Indicatore	Valore baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie (Report annuale regionale che documenti l'uso degli antibiotici)	0			1 report
Proporzione delle farmacie ospedaliere aderenti ed operative nella reportistica periodica sul consumo di antibiotici nelle Aziende Sanitarie **INDICATORE SENTINELLA**	0	25%	40%	60%

CRONOPROGRAMMA

attività	gennaio - giugno 2016	luglio - dicembre 2016	gennaio - giugno 2017	luglio - dicembre 2017	gennaio - giugno 2018	Luglio - dicembre 2018
1	X	X	X			
2			X	X	X	X
3	X	X	X	X		
4	X	X				
5		X	X	X	X	X

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 un supporto istituzionale (direzioni strategiche aziendali e direzioni delle UOC interessate) adeguato a

sostenere l'implementazione del sistema di monitoraggio della prescrizione antibiotica e le conseguenti azioni di sorveglianza (audit clinici, rilevazione e correzione delle criticità, eliminazione delle barriere strutturali, etc.).

Referenze

- Bugnon-Reber A, de Torrente A, Troillet N, Genne D: Antibiotic misuse in medium-sized Swiss hospitals. Swiss Med Wkly. 2004;134:481-485.
- Hogerzeil HV. Promoting rational prescribing: an international perspective. Br J Clin Pharmacol. 1995;39:1-6.
- *Willemsen, J. Manniën, B. Benthem, J. Wille, J. Kluytmans. (Breda, Bilthoven, Utrecht, Amsterdam, NL).* Appropriateness of antimicrobial use in 11 Dutch hospitals. O295, **19th** ECCMID, Helsinki, Finland 16-19 May 2009.
- Erbay A, Colpan A, Bodur H, Cevik MA, Samore MH, Ergonul O: Evaluation of antibiotic use in a hospital with an antibiotic restriction policy. Int J Antimicrob Agents. 2003,21:308-312.
- Polilli E. Ursini T. Consorte A. D'antonio D. Fazii P. Palestini D. Mazzotta E. Pizzigallo E. Melena S. Mezzetti A. Manzoli L. Parruti G. Analisi retrospettiva dell'appropriatezza e dell'esito della prescrizione antibiotica in ambito ospedaliero nella Regione Abruzzo nel 2009-2010: valutazione preliminare. 10 congresso SIMIT. La Maddalena. 5-8 ottobre 2011. Comunicazione in poster.
- E. Polilli, T. Ursini, A. Consorte, E. Mazzotta, M. Tontodonati, F. Trave, A. Ceccomancini, A. Cavoni, L. Mosca, S. Melena, A. Mezzetti, D. D'Antonio, T. Spina, C. D'Amario, L. Manzoli, G. Parruti. Appropriateness in antibiotic prescription and treatment outcomes: retrospective analysis of a large sample of patients hospitalised in 2010 for infections in the Abruzzo region, Italy. R2663. 27 April 2013. Abstract (publication only), Antibiotic usage, ECCMID 2013, Berlin, Germany
- Hecker MT, Aron DC, Patel NP, Lehmann MK, Donskey CJ: Unnecessary use of antimicrobials in hospitalized patients: current patterns of misuse with an emphasis on the antianaerobic spectrum of activity. Arch Intern Med. 2003;163:972-978.
- Melander E, Ekdahl K, Jönsson G, Mölstad S. Frequency of penicillin-resistant pneumococci in children is correlated to community utilization of antibiotics. Pediatr Infect Dis J. 2000;19:1172–77.
- Mölstad S, Erntell M, Hanberger H, Melander E, Norman C, Skoog G, Lundborg CS, Söderström A, Torell E, Cars O. Sustained reduction of antibiotic use and low bacterial resistance: 10-year follow-up of the Swedish Strama programme. Lancet Infect Dis. 2008;8:125-32.
- Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M; ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet. 2005;365:579-87.
- Goossens H. Determinants of antibiotic use in European primary care: latest data from GRACE and ESAC 19th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID). 16 – 19 maggio 2009.
- Dellit TH, Owens RC, McGowan JE Jr, Gerding DN, Weinstein RA, Burke JP, Huskins WC, Paterson DL, Fishman NO, Carpenter CF, Brennan PJ, Billeter M, Hooton TM; Infectious Diseases Society of America; Society for Healthcare Epidemiology of America. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. Clin Infect Dis. 2007;44:159-77.
- McQuillen DP, Petrak RM, Wasserman RB, Nahass RG, Scull JA, Martinelli LP. The value of infectious diseases specialists: non-patient care activities. Clin Infect Dis. 2008;47:1051-63.
- Schmitt S, McQuillen DP, Nahass R*, et al.* Infectious diseases specialty intervention is associated with decreased mortality and lower healthcare costs. *Clin Infect Dis*. 2014; 58(1):22-8.
- Hamandi B, Husain S, Humar A, Papadimitropoulos EA. Impact of infectious disease consultation on the clinical and economic outcomes of solid organ transplant recipients admitted for infectious complications. *Clin Infect Dis*. 2014; 59(8):1074-82.
- Marufu O, Desai N, Aldred D, Brown T, Eltringham I. Analysis of interventions to reduce the incidence of Clostridium difficile infection at a London teachinghospital trust, 2003-2011. J Hosp Infect. 2015 Jan;89(1):38-45.

AZIONE n. 13 - DEFINIRE UN PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

(obiettivo centrale 9.13)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 DI EFFICACIA

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.

ATTIVITÀ
- 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 ladefinizione/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	Regione Abruzzo, Direzioni Sanitarie aziendali delle ASL, Medicina del Territorio, CIO delle ASL Regione Abruzzo, Pazienti ricoverati, Operatori sanitari, SSR, collettività.			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti Sanitari **X**	Ambienti di Lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	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 2016	Valore 2017	Valore2018
Percentuale di CIO partecipanti al programma di raccolta e analisi periodica dei dati sulle ICA nella Regione Abruzzo **INDICATORE SENTINELLA**	0%	25%	50%	100%
% 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 din 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 DI 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 un supporto istituzionale (direzioni strategiche aziendali e direzioni delle UOC interessate) adeguato alla complessità necessaria per 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.).

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) valutazione dello stato dell'arte ed elaborazione inter-istituzionale dei bisogni	X	X	X	X								
2) implementazione CIO, GOE, Protocolli e Procedure Regionali necessarie per la realizzazione degli obiettivi indicati					X	X	X	X				
3) 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									X	X	X	X

AZIONE n. 14 - GESTIONE CORRETTA DEL FARMACO VETERINARIO PER RIDURRE IL FENOMENO

DELL'ANTIBIOTICO RESISTENZA

(obiettivo centrale 10.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 rimunerativitá delle aziende, a causa della presenza di animali costantemente malati, curati e pertanto meno produttivi.

DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 coniglicoltura, 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 si 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 farmacosorveglianza 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 DISEGUAGLIANZE
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 farmacosorveglianza e farmacovigilanza.

OBIETTIVO 1: RIDUZIONE DELL'UTILIZZO DI ANTIBIOTICI DEL 20%, NELL'ARCO DELL'INTERO PIANO 2015/2018, ALL'INTERNO DELLE AZIENDE ZOOTECNICHE.
Le azioni necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo 1 verranno poste in essere 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, grossisti farmaci veterinari

INDICATORI DI PROCESSO *Fonte: Regione*	**Baseline**	**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	Registrazione dati principali	Registrazione dati principali
Elaborazione della procedura integrata, comprensiva di check-list sul sistema informatizzato integrato regionale	Assente	Presenza	Presenza	Presenza
Inserimento nel database del sistema informatizzato regionale delle tabelle del prontuario farmaceutico e dei principi attivi	Assente	Presenza	Presenza	presenza

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

ATTIVITA'	**Anno 2016**				**Anno 2017**				**Anno 2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
Registrazione delle ricette su sistema informatizzato SIVRA	X	X										
Elaborazione della procedura integrata				X								

Inserimento nel database del sistema informatizzato regionale delle tabelle del prontuario farmaceutico e dei principi attivi								X				

Obiettivo 2: Attività di sensibilizzazione e formazione rivolta ai medici veterinari sull'uso responsabile dei farmaci antimicrobici.

Per il raggiungimento dell'obiettivo 2 verrà organizzato 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 *Fonte: Regione*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Organizzazione evento formativo specifico	-	Evento formativo	Evento formativo	Evento formativo

ANALISI DEI RISCHI

Non obbligatorietà della partecipazione ali corsi che potrebbe condizionare il perseguimento dell'obiettivo

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	**Anno 2016**				**Anno 2017**				**Anno 2018**			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Organizzazione evento formativo specifico				X				X				X

Obiettivo 3: Attività di sensibilizzazione ed informazione rivolta agli allevatori finalizzata alla riduzione e razionalizzazione dell'utilizzo di farmaci antimicrobici.

Per il raggiungimento dell'obiettivo 3 verranno organizzate 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 *Fonte: Regione*	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Organizzazione evento formativo specifico	-	Evento formativo	Evento formativo	Evento formativo

ANALISI DEI RISCHI

Non obbligatorietà della partecipazione ai corsi che potrebbe condizionare il perseguimento dell'obiettivo

CRONOPROGRAMMA TRIMESTRALE

ATTIVITA'	**Anno 2016**				**Anno 2017**				**Anno 2018**			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Organizzazione evento formativo specifico				X				X				X

Obiettivo 4: Attività di controllo ufficiale di farmacosorveglianza 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

Servizi 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 (farmacosorveglianza).

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), Grossisti di farmaci.
INTERSETTORIALITÀ	Autorità competente regionale, locale, Nas

Indicatori di processo *Fonte: Regione*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Numero dei controlli su grossisti, farmacie e parafarmacie	43%	55% con almeno il controllo del 10% delle	55% con almeno il controllo del 10% delle	55% con almeno il controllo del 10% delle
	(100% grossisti; 26% farmacie; 2.4%	parafarmacie e mantenimento altri due parametri come da disposizioni ministeriali	parafarmacie e mantenimento altri due parametri come da disposizioni ministeriali	parafarmacie e mantenimento altri due parametri come da disposizioni ministeriali
	parafarmacie)			

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

ATTIVITA'	**Anno 2016**				**Anno 2017**				**Anno 2018**			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Organizzazione evento formativo specifico				X				X				X

AZIONE N. 15 - COMPLETARE I SISTEMI ANAGRAFICI

(obiettivo centrale 10.4)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

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:

ATTIVITA' PRINCIPALI

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
2 Classificazione delle attività soggette a registrazione seconda la "Masterlist" elaborata dal Ministero della Salute

ATTIVITA' 1

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 Finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici *Fonte: Regione*	**Baseline**	**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 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		

ATTIVITA' 2

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 Finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici *Fonte: Regione*	**Baseline**	**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

ATTIVITA'	**Anno 2016**				**Anno 2017**				**Anno 2018**			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) 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								
2) 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				
3) Conformità dell'anagrafe regionale alla master list regolamento (CE) 852/2004												X

Programma 2: A scuola…. di salute

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 **(azioni nn.1,2,3,4,5)**

3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione di processi di empowerment personali e sociali **(azione n.6)**

3.2 Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale **(azione n.6)**

4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui **(azione n.5**)

7.6 Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo di competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori **(azione n.7)**

8.11 Sensibilizzare la percezione sul corretto uso della telefonia cellulare **(azione n.8)**

8.12 Interventi alla popolazione in particolare ai giovani e giovanissimi sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV **(azione n.9).**

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 *comprehensive* (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 [IUPHE 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 dei 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-curriculare 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 curriculare 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 compresenza "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 Insitute 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, che nel Piano Regionale dell'Abruzzo sono stati organizzati secondo quanto riportato nello **Schema Sinottico n.1**.
Inoltre, lo **Schema Sinottico n.2** riassume il sistema di indicatori che è stato definito per la verifica dell'attuazione del Programma in relazione al sistema di indicatori centrali, dei quali lo **Schema Sinottico n.3** specifica quali sono quelli sentinella.

LE AZIONI DEL PROGRAMMA

Il Programma "A scuola … di salute" si articola attraverso le seguenti **Azioni**:

1. **RETE REGIONALE DELLE SCUOLE PROMOTRICE 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**
4. **SANA ALIMENTAZIONE PER UNA SCUOLA IN SALUTE**
5. **PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOSOCIALE: IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA UNPLUGGED**

6. **PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOSOCIALE IN ADOLESCENZA: *WELL-BEING IS WELL-DOING***
7. **LA SCUOLA SI…CURA DEI FUTURI LAVORATORI**
8. **ESPOSIZIONE A CAMPI ELETTROMAGNETICI A RADIOFREQUENZA. COMUNICAZIONE SUL CORRETTO USO DELLA TELEFONIA CELLULARE**
9. **INFORMAZIONE / FORMAZIONE SUI RISCHI DA ECCESSIVA ESPOSIZIONE A RADIAZIONI UV.**

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Carletti C, Macaluso A, Pani P, Caroli M, Giacchi M, Montico M, Cattaneo A. Diet and physical activity in pre-school children: a pilot project for surveillance in three regions of Italy Public Health Nutrition. 2013; 16(4): 616–624.
2. Carraro I. Report delle attività su 'Educazione alla salute, a corretti stili di vita e al benessere'. Documento interno dell'Ufficio Scolastico Regionale, L'Aquila. 2014.
3. Filippone B, Vantini C, Bellocci 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.
4. Health for All Italia. Sistema Informativo Territoriale su Sanità e Salute. Versione dicembre 2014. http://www.istat.it/it/archivio/14562
5. International Union for Health Promotion and Evaluation (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.
6. International Union for Health Promotion and Evaluation (IUHPE). Promuovere la Salute a Scuola dall'evidenza all'azione. 2010.
7. 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.
8. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) Statistiche Demografiche . Popolazione Residente in Abruzzo al 1° gennaio 2014. http://demo.istat.it/pop2014/index.html
9. Istituto Superiore di Sanità. Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010. A cura di Franco Cavallo, Mariano Giacchi, Alessio Vieno, Daniela Galeone, Anna Tomba, Anna Lamberti, Paola Nardone e Silvia Andreozzi 2013, vi, 128 p. Rapporti ISTISAN 13/5.
10. Okkio alla Salute – Report Regione Abruzzo 2014.
11. Regione Abruzzo, Analisi di Contesto al Piano della Prevenzione 2014-2018 http://www.regione.abruzzo.it/portale/docs/pianoRegionalePrevenzione/analisicontestosecondaparte.pdf
12. Rink J, Hall T, Williams L. Schoolwide Physical Activity: A Comprehensive Guide to Designing and Conducting Programs. Champaign, IL: Human Kinetics. 2010.
13. Sport England. The challenge of growing youth participation in sport. 2014
14. Tomkinson GR. Global changes in anaerobic fitness test performance of children and adolescents (1958–2003). Scand J Med Sci Sports 2007: 17: 497–507.
15. World Health Organisation. Promoting Health Through Schools. Report of WHO Expert Committee on Cohemprensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series, 870. Geneva, 1997

AZIONE n. 1 - RETE ABRUZZESE DELLE SCUOLE PROMOTRICI DI SALUTE

(obiettivo centrale 1.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

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'innesco 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.

SISTEMI 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 un 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

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

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'intersettorialità è connaturata al concetto di Rete ASPS e al modello HPS

L'intersettorialità 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 intersettoriale, 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**
Proporzione di Istituti Scolastici Regionali che aderiscono alla Rete ASPS	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 %	25 %	30 %	50 %

ATTIVITA'

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, Pouliou 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, Towsend N, Burgess S, Pimm C, Murphi 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.
9. St Leger L, Developing indicators to enhance school health. Health Education Research, 2000; 15, 719-728.
10. Woynarowska B, Sokolowska M. Establishing the Health-Promoting School National Certificate in Poland. .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"

(obiettivo centrale 1.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 abitudine 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 Helath 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].

SOSTENIBILITA'

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 e sue articolazioni
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 curriculari. 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 DI PROCESSO (Fonte Regione Abruzzo)				
Fonte: *Registri di Attività*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Percentuale di scuole-intervento arruolate su tutte le scuole primarie abruzzesi **INDICATORE SENTINELLA**	0 %	5 %	7 %	10 %

ATTIVITA'

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 DELL'AZIONE

- 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			
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												X			
Seminario a tema, con la presentazione dei dati acquisiti										X	vacanze											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 ricorse 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 childood to adulthood. A 21-year Tracking Study. Am J Prev Med 2005; 28(3): 267-273.
13. United Nation 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

(obiettivo centrale 1.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 campetto 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 integrale 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].

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 abbisognano 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
1 – Aumentare i livelli di Attività Fisica quotidiana nei bambini offrendo occasioni di movimento durante e fuori dall'orario curriculare (marked playgrounds, breaks attivi, piedibus).
2 – Creare un ambiente di vita quotidiana (scolastico e non) favorevole al gioco attivo.
3 – 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 (piedibus) mediante la collaborazione con la polizia municipale e le famiglie.
3. Favorire l'inserimento del movimento e l'interruzione del comportamento sedentario nelle ore curriculari 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	Autorità Territoriali Locali, Scuola, Università

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 *marked playgrounds*	0 %	5 %	10 %	15 %
Proporzione di classi su quelle presenti negli istituti scolastici allestiti che utilizzano almeno tre giorni alla settimana i *playgrounds*	0 %	30 %	40 %	50 %
Proporzione di scuole-intervento arruolate che offrono il servizio piedibus	0 %	5 %	10 %	15 %
Proporzioni di classi inserite nell'intervento nelle quali vengono inseriti *breaks* attivi e attività interdisciplinari movimentate	0 %	10 %	15 %	20 %

Numero di proposte accolte dagli enti locali e/o altri soggetti (Comuni, parrocchie, associazioni) per la riproduzione in spazi idonei dei marked *playgrounds*	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 raggiungono i livelli minimi di attività fisica almeno moderata (almeno 60 minuti al giorno)	10 % (dati OKkio 2014)	15 % (dei bambini arruolati)	20 % (dei bambini arruolati)	25 % (dei bambini arruolati)
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)	40% (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-supervisori, della raccolta dati per la valutazione raccordandosi con i tutors senior).
- Saranno arruolate le scuole 'intervento'. Successivamente, avverrà la messa in opera nel cortile / campetto 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 supervisori 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											vacanze						X	X	X	X	X	X	vacanze							X	X	X	X	X	X	vacanze	
	Raccolta dati baseline							X	X	X																											
	Raccolta dati follow-up																			X	X	X										X	X	X			
Trasporto attivo verso e dalla scuola (piedibus)	Contatti con le autorità municipali	X												X												X										
	Allestimento piano operativo piedibus	X	X											X	X											X										
	Addestramento adulti accompagnatori			X												X											X									
	Incontri formazione famiglie e altri stakeholders			X												X											X									
	Erogazione servizio piedibus				X	X	X	X	X	X	X	vacanze					X	X	X	X	X	X	X	vacanze				X	X	X	X	X	X	X	X	vacanze	
Movimento nelle ore curriculari (breaks attivi)	Ideazione Breaks-Handbook	X	X	X																																	
	Formazione insegnanti				X									X												X										
	Utilizzo breaks attivi in classe					X	X	X	X	X	X	vacanze			X	X	X	X	X	X	X	X	X	vacanze			X	X	X	X	X	X	X	X	X	vacanze	
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	vacanze				X	X	X	X	X	X	X	X	vacanze			X	X	X	X	X	X	X	X	X	vacanze	
Diffusione delle linee guida presso gli adulti significativi	Produzione materiale 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	vacanze				X	X	X	X	X	X	X	X	vacanze			X	X	X	X	X	X	X	X	X	vacanze	
Riprodurre il playground in spazi alternativi (es. comunali)	Contatti con enti e altre istituzioni locali, associazioni e altre organizzazioni											X	X											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	X	X		

ANALISI DEI RISCHI

Tra i possibili rischi:

- L'assenza di aree adeguate per l'allestimento dei playgrounds 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, Bellocci 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.). Champain 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 Playgounds[tm] 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 Activiy 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. Champain IL: Human Kinetics, 2007.
19. Tomkinson GR. Global changes in anaerobic fitness test performance of children and adolescents (1958–2003). Scand J Med Sci Sports 2007: 17: 497–507.
20. Turchetta F, Gatto G, Saulle R et al. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of overweight and obesity among school-age children in Italy. Epidemiol Prev. 2012 May-Aug;36(3-4):188-95.
21. Welsh Assembly Government - Health Promotion Division, Office of the Chief Medical Officer. The Health Promoting Playground Ideas for marking your school playground. 2002, Cardiff. ISBN 0 7504 3061 3.
22. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva. 2010. ISBN 978 92 4 159 997 9.
23. 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

(obiettivo centrale 1.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Le malattie cronico-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 macrobiettivo 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 schoolinterventions 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 ypmed 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.)

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 diseguaglianze tramite:

- formazionedel 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 chiai e comprensibili a tutti i soggetti coinvolti per abbattere le differenze nel grado di istruzione

OBIETTIVI SPECIFICI e loro articolazioni

1 – 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)

2 – 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 finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici *Fonte: Sorveglianza Okkio Alla Salute, Direzione Scolastica regionale*	**Baseline**	**Valore atteso 2015**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Prevalenza dei bambini (8-9 anni) che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura Cod. indicatore 1.7.2	**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%	*Almeno 10% degli istituti comprensivi regione*
Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso la ristorazione collettiva Cod. indicatore 10.10.2	0	0	Rilevazione nel 30% nelle mense della ristorazione collettiva (scuola dell'infanzia) e trasmissione	Rilevazione nel 70% nelle mense della ristorazione collettiva (scuola dell'infanzia) e trasmissione	*100% di trasmissione dei dati sui controlli effettuati secondo procedure standardizzate*

			dati	dati	

INDICATORI DI PROCESSO finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici *Fonte: Regione*		**Baseline**	**Valore atteso 2015**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
MACROBIETTIVO 2.1	**INDICATORE Di PROCESSO**					
Obiettivo 1.3 Promozione del potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) attraverso interventi multidisciplinari su 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	Sperimentazione questionario validato sulle abitudini alimentari (alunni, genitori) al 50% delle classi target	Pluralità di documenti	Scelta del questionario da somministrare	Somministrazione e raccolta dati al tempo 0	Somministrazione e raccolta dati al 50% delle classi target	Incremento del 15% delle abitudini alimentari corrette
	Produzione e fornitura di materiale didattico per genitori, insegnanti e alunni, PLS e MMG	Pluralità di materiali didattici	Scelta dei materiali didattici e produzione per tutte le classi target e agli *stakeholder*	Somministrazione dei materiali didattici al 50% delle classi target e agli *stakeholder*	Somministrazione dei materiali didattici al 100% delle classi target e agli *stakeholder*	Report attività svolte
	Elaborazione protocollo delle Attività pratiche da svolgere con genitori, famiglie e alunni in collaborazione con Istituti Alberghieri, aziende agricole , comuni	Pluralità di documenti		Censimento dei soggetti coinvolti nello sviluppo delle attività(Istituti Alberghieri, Comuni, Aziende	Svolgimento delle attività pratiche nel 30% delle classi target	Svolgimento delle attività pratiche nel 50% delle classi target

				agricole)		

MACROBIETTIVO 2.10	**INDICATORE DI PROCESSO**					
Obiettivo 10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica	Disponibilità di un elenco completo delle mense scolastiche della scuola dell'infanzia	Pluralità di documenti	Censimento del 100% delle mense scolastiche della scuola dell'infanzia			
	Indagine conoscitiva sulla presenza di sale iodato nei capitolati d'appalto delle ditte di ristorazione scolastica	Pluralità di documenti		100% ditte di ristorazione scolastica indagate sull'utilizzo di sale iodato		
	Sviluppo di protocollo standard per invio dei dati al Ministero e all'ISS sull'utilizzo di sale iodato nella ristorazione collettiva	Pluralità di documenti			70% controlli effettuati secondo procedura ed invio dati	100% controlli effettuati secondo procedura ed invio dati
MACROOBIETTIVO 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		Adozione di linee guida regionali da parte del 30% degli Istituti Scolastici	Adozione di linee guida regionali da parte del 70% degli Istituti Scolastici	Adozione di linee guida regionali da parte del 100% di Ist.Scolastici)

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

	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
4) Adozione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica e per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole	X	X	X

CRONOPROGRAMMI SPECIFICI

Promozione del potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) attraverso interventi multidisciplinari rivolti ad insegnanti e famiglie	2015				2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Individuazione personale sanitario coinvolto (medici, dietisti, psicologi)				x												
Costituzione gruppo di lavoro, formazione e stesura dei progetti educativi e dei materiali didattici				x	x	x										
Produzione e stampa materiale didattico-informativo per insegnanti, genitori, alunni, PLS e MMG							x	x	x	x						
Individuazione plessi scolastici aderenti				x												
Individuazione numero delle classi target aderenti				x												
Nomina insegnanti referenti plesso					x											
Nomina insegnanti referenti scuola					x											
Nomina insegnanti referenti classe					x											
Nomina genitori referenti classe						x										
Formazione insegnanti (n. 2 moduli formativi di 4 ore)							x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Incontri genitori (n. 1 modulo formativo di 4 ore)								x	x	x	x	x	x	x	x	X
Coinvolgimento di almeno il 60% dei PLS e MMG: incontri formativi anche in modalità FAD online (n. 1 modulo formativo di 8 ore)							x	x	x	x						

Promozione di comportamenti alimentari sani con attività nelle classi, nel contesto familiare e ambientale	2015				2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Scelta del questionario validato da somministrare per conoscere abitudini familiari (genitori e figli)				x	x											
Acquisto software elaborazione dati del questionario				x	x											
Somministrazione questionario tempo 0 e follow up successivi						x	x	x	x	x	x	x				
Stesura dei progetti educativi e dei materiali didattici (colazione, merende, frutta e verdura, sale, bevande				x	x	x	x	x								
Produzione e stampa materiale didattico-informativo per insegnanti, genitori, alunni								x	x	x	x	x				
Fornitura materiale didattico ai genitori(n.1 opuscolo informativo sana alimentazione a genitore)								x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fornitura materiale didattico alle insegnanti (n.1 testo didattico a insegnanti aderenti)								x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fornitura materiale didattico alle classi (n.1 gioco multimediale a bambino)								x	x	x	x	x	x	x	x	x
Attività pratiche rivolte a genitori, famiglie e alunni (corsi di cucina salutare e integrazione culturale alimentare in									x	x	x	x	x	x	x	x
Gadget per classe/scuola per manifestazione finale										x				x		

Riduzione del consumo di sale e promozione dell'utilizzo di sale iodato nella ristorazione collettiva	2015				2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Censimento completo scuole dell'infanzia pubbliche e private con servizio di ristorazione collettiva				x												
Indagine conoscitiva sulla presenza di sale iodato nei capitolati d'appalto delle ditte di ristorazione scolastica				x	x	x										
Elaborazione di un protocollo standard (schede) per la raccolta dei dati in merito ai controlli							x	x								
Effettuazione controlli secondo procedura standard									x	x	x	x	x	x	x	x
Raccolta dati e invio al Ministero della Salute e all' ISS (Osservatorio Nazionale Iodoprofilassi)											x	x			x	x

Adozione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica e per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole	2015				2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Individuazione e creazione gruppo di lavoro per la redazione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica				x	x											
Individuazione e creazione gruppo di lavoro per la redazione di linee guida regionali per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole				x	x											
Proporzione di scuole che utilizzano i menù Asl o menù redatti da privati					x	x										
Valutazione dell'adeguatezza dei menù scolastici rispetto alle linee di indirizzo nazionali tramite check list *ad hoc*							x	x								
Stesura linee guida regionali per la ristorazione scolastica n.4									x	x	x	x	x	x	x	x
Stesura linee guida regionali per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole n.1													x	x	x	x

ANALISI DEI RISCHI

RISCHI	AZIONI CORRETTIVE
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
8. Disomogeneità nell'attuazione degli interventi da parte delle ASL	Inserimento da parte della Regione nell'obiettivo di valutazione dei Direttori Generali delle AUSL

AZIONE N. 5: PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOSOCIALE- IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA UNPLUGGED

(obiettivo centrale 1.3 – 4.1)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

l 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.

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 curriculari 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

1 - 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).

2 – 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.

3 - 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 e **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 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 **INDICATORE SENTINELLA**	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 curriculari
- 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	

AZIONEn. 6: PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOSOCIALE: - WELL-BEING IS WELL-DOING

(obiettivo centrale 3.1 – 3.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Il Piano Nazione 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, ma soprattutto 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.

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 educators* (la selezione è il primo momento di avvio del progetto) e la costituzione e la formazione del gruppo dei *Peer educators*. 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 educators* 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 cousellor: 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, competenza.

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

OBIETTIVI SPECIFICI

1 - 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).

2 – 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^ o 3^ 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%
n. incontri/n. interventi (Educazione Razionale-Emotiva) E.R.E. realizzati per gli insegnanti nell'intero territorio regionale in un singolo anno (**INDICATORE SENTINELLA**)	0	Almeno 2 incontri / anno	Almeno 3 incontri / anno	Almeno 4 incontri / anno

ATTIVITÀ

Interventi per i Dirigenti Scolastici e 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 2015			2016	Anno Scolastico 2016			2017	Anno Scolastico 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 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 Comprensivi			X				X				X	

AZIONE n. 7 : LA SCUOLA SI…CURA DEI FUTURI LAVORATORI

(obiettivo centrale 7.6)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 e ai Tutor REACH/CLP individuati dall'USR, 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.

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 e sue articolazioni
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**
Proporzione di Istituti Scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi degli indirizzi di studio interessati – cfr target) alla progettazione regionale specifica	0	10%	20%	30%

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 e i Tutor REACH/CLP individuati dall'USR, 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

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.
1) Seminari di illustrazione del progetto rivolti ai dirigenti scolastici degli Istituti Scolastici target attivi nella regione e richiesta di adesione	**X**											
2) Inserimento del Progetto nei POF degli Istituti Scolastici che aderiscono	**X**				**X**				**X**			
3) Corso di formazione di 20 ore con il coinvolgimento nella docenza di operatori SPSAL della ASL competente per territorio e dei Tutor REACH/CLP individuati dall'USR, rivolto agli Insegnanti delle ultime due classi degli Istituti che aderiranno			**X**				**X**				**X**	
4) Svolgimento del progetto all'interno delle ore curriculari nelle classi coinvolte			**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
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			**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
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.			**X**				**X**				**X**	

AZIONE n. 8: ESPOSIZIONE A CAMPI ELETTROMAGNETICI A RADIOFREQUENZA. COMUNICAZIONE SUL CORRETTO USO DELLA TELEFONIA CELLULARE

(obiettivo centrale 8.11)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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'Agenzia 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.

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 (DIIIE) 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

Ridurre la proporzione di popolazione in età evolutiva (giovani e giovanissimi) esposta alle radiazioni non ionizzanti utilizzate nel campo delle comunicazioni elettroniche e, in particolare, quelle emesse dai telefoni cellulari

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**
Analisi dell'esistente: realizzazione e somministrazione questionario autosomministrato	Non presente	Materiale prodotto	Materiale prodotto	
Progettazione e produzione di materiale divulgativo ed educativo sul corretto uso dei telefoni cellulari	Non presente	Materiale distribuito	Materiale distribuito	Materiale distribuito
Diffusione del materiale divulgativo ed educativo	Materiale prodotto	Materiale distribuito	Materiale distribuito	Materiale distribuito
Corsi di formazione		Progettazione realizzazione dei corsi	7	7

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1 - Produzione e diffusione di materiale divulgativo.

- 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.

2 - Formazione di docenti e famiglie

- Progettazione e realizzazione di corsi di formazione per docenti e famiglie

ANALISI DEI RISCHI DEL PROGETTO

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

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

AZIONE n. 9 - "SENSIBILIZZAZIONE SUI RISCHI DELL'ECCESSIVA ESPOSIZIONE A RADIAZIONI UV"

(obiettivo centrale 8.1

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 epiteliomi (NMSC).

Il melanoma rappresenta il tumore maligno che insorge a partire dai melanociti. Fra i fattori di rischio si annoverano : fototipo I-II (Occhi chiari, pelle chiara capelli biondi o rossicci), numero totale di nevi, eritemi solari intensi in età preadolescenziale, fattori genetici, anamnesi familiare per melanoma, anamnesi personale melanoma.

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 carginogens*).

Gli epiteliomi sono tumori cutanei che insorgono a partire dai cheratinociti.

Di tale gruppo di tumori fanno parte il carcinoma spinocellulare e il carcinoma basocellulare. Questi due tumori rappresentano circa il 95 % della totalità dei tumori cutanei. Nonostante presentino una bassa mortalità (tranne che per alcuni sottotipi istologici e per alcune localizzazioni) questi tumori sono gravati da una discreta morbilità.

L'esposizione solare sia continua (fotoinvecchiamento, sviluppo di cheratosi attiniche) che intermittente (scottature ripetute nel tempo) aumenta il rischio di sviluppare carcinoma squamocellulare. (IARC Monographs 100D. Radiation a review of Human carginogens). 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 carginogens). 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). Lo studio epidemiologico di Amerio P et al 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, attraverso un analisi statistica utilizzando i valori di mortalità (Foschi R et al Tumori 2013; 99: 366-373) 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.
Dati riguardo i tumori cutanei non melanomi non sono invece disponibili per la regione Abruzzo

EVIDENZE DI EFFICACIA
In Abruzzo le campagne di sensibilizzazione nei riguardi dei tumori cutanei sono state svolte sempre in maniera sporadica e frammentaria e per lo più per volontà di singoli attori o enti.
Un recente studio ha permesso di stabilire che la popolazione abruzzese riconosce che il melanoma possa essere un tumore che insorge da un nevo modificato.
Tuttavia la conoscenza dei fattori di rischio di tale tumore è alquanto frammentaria nella popolazione solo il 50 % riconosce il valore dell' esposizione solare quale fattore di rischio principale . Inoltre le azioni conseguenti volte a minimizzare il rischio sono alquanto limitate e non attuate con costanza.
Il presente progetto si inserisce nella prospettiva della prevenzione poichè è proprio nella età preadolescenzale 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 scolatici, 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.

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

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE
L'intervento sarà offerto universalmente a scuole che vorranno aderire.

OBIETTIVO SPECIFICO e sue articolazioni
Aumentare le conoscenze e le competenze presso la popolazione in età evolutiva (giovani e giovanissimi) sui danni indotti dall'esposizione ricreazionale (naturale e artificiale) ai raggi UV.
Tale obiettivo sarà perseguito attraverso il supporto degli insegnanti di scuola secondaria di primo grado e dei genitori rappresentanti di classe che saranno formati allo scopo.

TARGET	Insegnanti della scuola secondaria di primo grado e genitori rappresentanti di classe.
SETTING	Scuola
INTERSETTORIALITÀ	Istituzioni scolastiche e servizio sanitario.

INDICATORI

Indicatori di processo				
Fonte: Registri di Attività	**Baseline**	**2016**	**2017**	**2018**

Proporzione di Istituti Scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	nessuno	5%	10%	15%

ATTIVITÀ

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.

Le Attività principali saranno:

1. Individuazione delle strutture scolastiche oggetto del progetto.
2. Sensibilizzazione e informazione sulla relazione fra UV e tumori cutanei agli insegnanti della scuola secondaria di primo grado e ai genitori rappresentanti di classe attraverso incontri formativi-informativi.
3. Supporto e monitoraggio all'attuazione di progetti scolastici sul tema dei danni da radiazioni ultraviolette.

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
Individuazione delle strutture scolastiche oggetto del progetto	x				x				x			
Sensibilizzazione e informazione sulla relazione fra UV e tumori cutanei agli insegnanti della scuola secondaria di primo grado e ai genitori rappresentanti di classe attraverso incontri formativi-informativi		X				X				X		
Supporto e monitoraggio dell' attuazione di progetti scolastici con tema i danni delle radiazioni ultraviolette			X				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 scolatici.

Schema sinottico n.1: Macro Obiettivi e relativi Obiettivi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione e articolazioni in azioni del Programma "A scuola … di salute" n.2 della Regione Abruzzo.

MACROBIETTIVO	OBIETTIVO CENTRALE	AZIONI	OBIETTIVI SPECIFICI
MO 2.1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	**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	**Azione n.1** Rete abruzzese delle scuole promotrici di salute	1.Migliorare il benessere percepito degli studenti e del personale scolastico; 2.Migliorare lo stile di vita associato all'esperienza scolastica; 3.Migliorare il successo scolastico; 4.Favorire la prevenzione primaria e secondaria del disagio psico-sociale; 5.Aumentare il livello di consapevolezza sul significato e il valore della salute, responsabilizzando i singoli e l'intera comunità scolastica.
		Azione n.2 Incremento dell'attività motoria nelle 1^ e 2^ classi della scuola primaria	Favorire l'incremento dell'attività motoria svolta nelle attività curriculari con un intervento a favore degli alunni di tutte le classi prime e seconde di tutte le Scuole Primarie della Regione Abruzzo.
		Azione n.3 *SCHOOLWIDE PHYSICAL ACTIVITY*. Approccio ecologico per l'incremento dell'attività fisica nel *setting* scolastico	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 (piedibus) mediante la collaborazione con la polizia municipale e le famiglie. 3.Favorire l'inserimento del movimento e l'interruzione del comportamento sedentario nelle ore curriculari 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.
		Azione n.4 Sana alimentazione per una scuola in salute	Obiettivo specifico del progetto è aumentare la proporzione di istituti scolastici con alunni che hanno sviluppato comportamenti alimentari sani (frutta e verdura) verificabile tramite questionario sulle abitudini alimentari e report sorveglianze.
		Azione n.5 Prevenzione del disagio psicosociale: implementazione del programma unplugged	1.Aumentare gli Istituti Scolastici con alunni che hanno sviluppato fattori di protezione (*life skills, empowerment*) e l'adozione di comportamenti sani (fumo e alcol). 2.Favorire e consolidare il rafforzamento delle competenze interpersonali 3.Sviluppare e potenziare le abilità intrapersonali 4.Modificare le errate convinzioni sulla diffusione e accettazione sociale dell'uso di sostanze 5.Aumentare le conoscenze sui rischi connessi all'uso di sostanze e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze

Continua

MO 2.3. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	**3.1** Rafforzare le capacità di resilienza e promozione di processi di empowerment personali e sociali **3.2** identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	**Azione n.6** Prevenzione del disagio psicosociale: **well-being is weel-doing**	1.Promuovere il benessere mentale negli adolescenti all'interno degli Istituti scolastici 2.Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali
MO 2.4. Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)	4.1 aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	**Azione n.5** Prevenzione del disagio psicosociale: implementazione del programma **unplugged**	1.Aumentare gli Istituti Scolastici con alunni che hanno sviluppato fattori di protezione (*life skills, empowerment*) e l'adozione di comportamenti sani (fumo e alcol). 2.Favorire e consolidare il rafforzamento delle competenze interpersonali 3.Sviluppare e potenziare le abilità intrapersonali 4.Modificare le errate convinzioni sulla diffusione e accettazione sociale dell'uso di sostanze 5.Aumentare le conoscenze sui rischi connessi all'uso di sostanze e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze
MO 2.7. Prevenire infortuni e malattie professionali	**7.6** coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo di competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	**Azione n.7** **La scuola si…cura dei futuri lavoratori**	Supportare 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.
MO 2.8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	**8.11** sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	**Azione n.8** Esposizione a campi elettromagnetici a radiofrequenza. Comunicazione sul corretto uso della telefonia cellulare	Riduzione dell'esposizione della popolazione con particolare attenzione al target di età pediatrica (soprattutto giovani e giovanissimi) alle radiazioni non ionizzanti utilizzate nel campo delle comunicazioni elettroniche e, in particolare, quelle emesse dai telefoni cellulari.
	8.12 interventi alla popolazione in particolare ai giovani e giovanissimi sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV	**Azione n.9** Sensibilizzazione sui rischi dell'eccessiva esposizione a radiazioni UV	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

Programma 3 – "Guadagnare Salute……negli ambienti di vita e di lavoro"

OBIETTIVI CENTRALI

1.4 - Ridurre il numero di fumatori (**azioni n. 1-2-5**);
1.5 - Estendere la tutela dal fumo passivo (**azioni n. 1-2-5**);
1.6 - Ridurre il consumo di alcol a rischio (**azioni n. 3-4-5**);
1.7 - Aumentare il consumo di frutta e verdura (**azioni n. 5-7**);
1.8 - Ridurre il consumo eccessivo di sale (**azioni n. 5-6**);
1.9 - Aumentare l'attività fisica delle persone (**azioni n. 5-8**);
1.10 – Aumentare l'offerta di approccio comportamentale p farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT **(azione n. 8)**;
6.2 - Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni (**azione n. 8**);

RAZIONALE E DESCRIZIONE 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 del25%, 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 unita alcoliche (donne);
  - il 4,2% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto.

Alimentazione

- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi della regione Abruzzo che 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%).

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.

Descrizione del programma
Gli obiettivi che si intende perseguire con questo programma si possono così sintetizzare:
1. Migliorare la consapevolezza che l'adozione di corretti stili di vita favorisce il raggiungimento dell'obiettivo di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
2. Favorire il cambiamento di comportamenti non salutari nel contesto della vita di tutti i giorni e in particolare nell'ambiente lavorativo.

Il Programma "**GUADAGNARE SALUTE……..NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO**" si articola attraverso le seguenti **Azioni che mirano a:**

A) Contrastare la dipendenza dal tabacco ed estendere la tutela dal fumo passivo:
Azione 1. - Verso un 'azienda sanitaria libera da fumo
Azione 2. - Vivere in salute: operatori socio-sanitari e stili di vita
Azione 3. - Respiro aria nuova
Azione 6. – Guadagnare salute negli ambienti di lavoro

B) Contrastare la dipendenza dall'alcol
Azione 4. - Corso di formazione rivolto ad operatori socio-sanitari della ASL per addestramento al counselling breve
Azione 5. - Corsi di formazione sui rischi dell'alcol riservati a tutti i dipendenti delle ASL
Azione 6. – Guadagnare salute negli ambienti di lavoro

C) Favorire una corretta alimentazione
Azione 7 - Ridurre il consumo eccessivo di sale
Azione 8 - Aumentare il consumo di frutta e verdura
Azione 6. – Guadagnare salute negli ambienti di lavoro

D) Contrastare la sedentarietà e aumentare l'attività fisica
Azione 9 - Aumentare l'attività fisica delle persone
Azione 10 - Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni
Azione 6. – Guadagnare salute negli ambienti di lavoro

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 malattie non trasmissibili	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 consumo a rischio di alcol (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto)	**16,7%**	**9,0%**	**7,7%**
	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		90

AZIONE n. 1 - "VERSO UN 'AZIENDA SANITARIA LIBERA DA FUMO"

(obiettivi centrali 1.4 – 1.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 dà 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.

L'azione verrà avviata nelle quattro ASL della Regione.

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 immagine

Le aziende curano molto l'immagine e la visibilità. Pertanto l'opinione nei confronti di un'azienda è molto importante e può avere anche un valore commerciale.

b) 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

c) 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.

d) 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 DI EFFFICACIA

- 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
- Zuccaro P, Caraffa G, Corti FM, Davoli M, Enea D, Fogliani V, Galeone D, Malvezzi E, Minozzi S, Nardini S, Pacifi ci R, Vanuzzo D. Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Istituto Superiore di Sanità, 2002.

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 ☐	Comunità ☐	Ambienti Sanitari ☐	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

Le attività di seguito elencate dovranno essere avviate in tutte le ASL della Regione

1) Costituire il gruppo di lavoro aziendale
2) Valutare la situazione esistente in azienda
3) Definire gli obiettivi e il piano di azione
4) Redigere il regolamento
5) Comunicare la politica aziendale
6) Offrire programmi per smettere di fumare
7) Monitorare l'attuazione del progetto e valutare i risultati

1**) Costituire il gruppo di lavoro aziendale**

In una Azienda che decide di liberarsi dal fumo è importante costituire un gruppo di lavoro con il compito specifico di definire e realizzare un progetto di controllo del fumo di tabacco.

INTERSETTORIALITA': 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.

STAKEHOLDER: Del gruppo devono far parte anche capireparto, capiufficio o capisquadra per dare operatività al progetto dell'abbandono dell'uso di sigarette, inoltre devono far parte i rappresentanti della sicurezza e della protezione, il medico competente e i delegati sindacali;

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**) Definire gli obiettivi e il piano di azione**

L'Azienda può intraprendere due percorsi:
a) limitarsi ad applicare il divieto di fumare
b) portare avanti un progetto vero e proprio di promozione della salute
Il primo percorso consiste nel rispetto delle vigenti norme di divieto del fumo e sulla sicurezza nel lavoro, permettendo di tutelare la salute dei lavoratori non fumatori.
Il secondo percorso integra il divieto ad interventi atti a promuovere nei lavoratori atteggiamenti e abitudini orientati alla promozione della salute

4) **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.

5) **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:

a) definire la tempistica, quindi stabilire una data precisa per far scattare le nuove regole;
b) 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;
c) 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.

6) **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:

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

7) **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.

ATTIVITA'	**INDICATORI DI PROCESSO** *Fonte: Registri di attività*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Comunicare la politica aziendale	n. dipendenti per ogni ASL raggiunti da interventi educativi per far conoscere la nuova politica aziendale **INDICATORE SENTINELLA**	**0**	**10%**	**20%**	**30%**

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.
1) Costituire il gruppo di lavoro aziendale	X	X										
2) Valutare la situazione esistente in azienda		X	X									
3) Definire gli obiettivi e il piano di azione			X									
4) Redigere il regolamento		X	X									
5) Comunicare la politica aziendale			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6) Offrire programmi per smettere di fumare				X	X	X	X	X	X	X	X	X
7) Monitorare l'attuazione del progetto e valutare i risultati											X	X

Lo svolgimento delle azioni su indicate avverrà nei luoghi indicati dall'azienda per:
- azioni divulgative ed educative per il personale;
- somministrazione dei questionari di valutazione;
- valutazione periodica dei fumatori presi in carico dal Centro Antifumo per il percorso di disassuefazione dal fumo con i Medici Specialisti e gli Psicologi.

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.
Per ridurre questo rischio è importante l'azione dei referenti deputati al monitoraggio delle osservanze delle norme comportamentali, elevando eventualmente sanzioni già programmate.

AZIONE n. 2 - "RESPIRO ARIA NUOVA"

(obiettivi centrali 1.4 – 1.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.
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.

EVIDENZE DI EFFICACIA

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 Tobacco Addiction (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 L.F., 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.

- 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 manual working 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

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.

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).

Gli interventi di popolazione dovrebbero avere come target privilegiato le fasce deboli della popolazione, caratterizzate da un maggior consumo di tabacco. Sono scarsi gli studi sulle evidenze di efficacia degli interventi contro il fumo nel ridurre le disuguaglianze.

TRASVERSALITÀ

L'intervento coinvolge gli operatori sanitari di tutti i Servizi Territoriali e dei Reparti ospedalieri, MMG, PLS, Comunità Locali, Associazioni di Volontariato, popolazione generale.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1. Costituzione Gruppo Regionale di Coordinamento
2. Preparazione del materiale didattico
3. Pubblicizzazione dell'intervento
4. Corso di Formazione per Formatori
5. Costituzione del gruppo dei Formatori
6. Corsi rivolti alla Popolazione generale (Il Corso dura 12,5 ore in totale: 2,5 ore per ciascuna delle 5 sessioni).
7. Avvio del Gruppo AMA (subito dopo ciascun Corso)

OBIETTIVO

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 Auto-Mutuo-Aiuto (AMA) specifici, in grado di moltiplicare su larga scala le strategie apprese.

TARGET	Futuri Formatori: Operatori ASL, MMG e PLS, Opinion leader, Educatori, Volontari (sia fumatori che non fumatori), assieme ai loro famigliari.			
SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITÀ	Tutti i Servizi Territoriali e i Reparti ospedalieri, MMG e PLS, Servizi sociali dei Comuni, Opinion leader, Associazioni di Volontariato			

INDICATORI

INDICATORI DI PROCESSO *Fonte: Registro di attività*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso2018**
Gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA) avviati **INDICATORE SENTINELLA**	0	4	8	12

CRONOPROGRAMMA	2016 I	II	III	IV	2017 I	II	III	IV	2018 I	II	III	IV
1) Costituzione gruppo di lavoro regionale per l'organizzazione dei corsi di Formazione per formatori. Contatti formali con gli attori interessati (CAF, Referenti Prevenzione ASL, Ser.D., Comuni, Associazioni)	X	X										
2) Preparazione del materiale didattico	X	X										
3) Organizzazione e Realizzazione dei Corsi di Formazione per Formatori (n. 16 ore per ciascuna ASL).	X	X	X									
4) Organizzazione e Realizzazione dei corsi rivolti alla popolazione generale, per ciascuna ASL (n. 5 serate di n. 2,5 ore ciascuna)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5) Avvio dei Gruppi AMA "Respiro Aria Nuova"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6) Monitoraggio/valutazione del progetto				X				X				X

ANALISI DEI RISCHI

Punti di forza:

- validazione dell'intervento a livello nazionale

Punti di criticità:

- possibile difficoltà a reperire la disponibilità di futuri Formatori
- ostacoli dovuti al numero di giorni di impegno

Opportunità:

- per gli utenti fumatori e per le proprie famiglie migliora la salute in tutte le aree vitali
-per la popolazione generale è facilitata la promozione di stili di vita salutari
- per il mondo del lavoro diminuisce il numero di giorni di assenza per malattia e migliora la produttività

AZIONE n. 3 - "CORSO DI FORMAZIONE RIVOLTO AD OPERATORI SOCIO-SANITARI DELLA ASL PER ADDESTRAMENTO AL COUNSELLING BREVE (MODELLO IPIB-PHEBA)"

(obiettivo centrale 1.6)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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

EVIDENZE 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*

- 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
- Accordo stato-Regioni 16 marzo 2006
- Dlgs. 81/2008

SOSTENIBILITÀ

- Attività svolte in orario di servizio o incentivate
- Verosimile riduzione dei costi sociali e sanitari
- Cambiamento della cultura generale
- Riproducibilità dell'evento

MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE

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

TARGET	Operatori socio sanitari della ASL			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro X
INTERSETTORIALITÀ	Attori: Operatori dei Ser.D., dei Dipartimenti di prevenzione, dei Servizi di qualità-formazione-risk managment delle ASL Regione Abruzzo, Regione Abruzzo. Stakeholders: Direttori Generali Aziendali , Sindacati di categoria , INAIL, INPS			

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1. Creazione di un gruppo di coordinamento (2015)
2. Mappatura delle risorse e individuazione dei docenti (2015)
3. Formulazione del programma del corso e produzione dei materiali didattici con formazione e autoformazione (2015)
4. Pubblicizzazione dell'evento (2016)
5. 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.

INDICATORI

INDICATORI DI PROCESSO Fonte di verifica: documentazione interna	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Percentuale di lavoratori socio-sanitari della ASL formati al counselling breve su alcol e salute **INDICATORE SENTINELLA**	0	10%	20%	30%

ANALISI DEI RISCHI

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. Garantire la presenza in tutte le ASL di un coordinamento stabile interno ai servizi e attivare risorse di supporto

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA' PRINCIPALI	2016 I	II	III	IV	2017 I	II	III	IV	2018 I	II	III	IV
1) Costituzione gruppi di lavoro ASL per l'organizzazione dei Corsi	X	X										
2) Organizzazione Pubblicizzazione	X	X										
3) Realizzazione dei Corsi di Formazione			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE n. 4 - "CORSI DI FORMAZIONE SUI RISCHI DELL'ALCOL RISERVATI A TUTTI I DIPENDENTI DELLE A.S.L."

(obiettivo centrale 1.6)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

EVIDENZE 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*
- Accordo stato-Regioni 16 marzo 2006
- Dlgs. 81/2008

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 isorisorse.
Verosimile riduzione dei costi sociali e sanitari.
Cambiamento della cultura generale.
Riproducibilità delle azioni.

TARGET	Tutti i lavoratori delle Aziende Sanitarie Locali			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti Sanitari **X**	Ambienti di Lavoro ☐

INTERSETTORIALITA'	Attori: Operatori dei Ser.D., dei Dipartimenti di Prevenzione, dei Servizi di qualità-formazione-risk managment delle ASL Regione Abruzzo, Regione Abruzzo. Stakeholders: 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. contatti con i partner e gli stake holders;
3. Attività di formazione in aula
4. Valutazione dell'attività formativa

INDICATORI

INDICATORI DI PROCESSO Fonte di verifica: 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 **INDICATORE SENTINELLA**	0	4	8	12

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA' PRINCIPALI	**2016** I II III IV				**2017** I II III IV				**2018** I II III IV			
1) Costituzione gruppi di lavoro ASL per l'organizzazione dei Corsi	X	X										
2) Organizzazione Pubblicizzazione	X	X										
3) Realizzazione dei Corsi di Formazione			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

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

Garantire la presenza in tutte le ASL di un coordinamento stabile interno ai servizi e attivare risorse di supporto

AZIONE n. 5 "GUADAGNARE SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO"

(obiettivi centrali 1.4-1.5-1.6-1.7-1.8-1.9)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 alla 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 .

SOSTENIBILITA'
Essendo l'intervento realizzato dai medici competenti, essi, una volta formati, potranno implementare negli anni queste attività di prevenzione.
Le attività di monitoraggio previste dal programma garantiscono efficaci correzioni di rotta e un'utile valutazione dei risultati ottenuti.

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 il quadro epidemiologico delle principali malattie multifattoriali cause di disabilità e mortalità precoce tra i lavoratori, e l'interazione fra fattori di rischio professionali ed extraprofessionali.
2. 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.
3. Conoscere le problematiche della cattiva alimentazione con particolare riferimento all'eccesso alimentare , alla qualità degli alimenti distribuiti all'interno delle aziende e del controllo ponderale.
4. Individuare le mansioni comportanti posture obbligate protratte ed ipoattività fisica
5. 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. Richiesta di adesione medici competenti al progetto " alimentazione e salute"
4. Inserimento aziende coinvolte in un elenco regionale
5. Individuazione all'interno delle aziende di personale da adibire al controllo antifumo
6. Corso di formazione di 10 ore per gli addetti anti fumo
7. Indagine epidemiologica sul fumo in azienda
8. Counselling
9. Individuazione lavoratori a rischio
10. Collaborazione con centri anti fumo
11. Formazione in azienda sul rischio fumo e alcol
12. Sensibilizzare le figure aziendali della prevenzione in relazione al controllo del divieto somministrazione bevande alcoliche, della qualità e conservazione degli alimenti distribuiti nelle aziende e nelle mense aziendali.
13. Favorire nelle aziende la distribuzione di alimenti non conservati e con basso indice glicemico
14. Determinare in collaborazione con altre figure nelle mense aziendali un giusto apporto calorico e liquido anche in rapporto alla attività lavorativa prestata.
15. Controllo sistematico del peso nei soggetti a rischio e sviluppo Counselling
16. Nelle mansioni comportanti postura protratta per tempi prolungati ed ipoattività fisica monitoraggio e sviluppo di Counselling

TARGET	Medici Competenti			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti Sanitari ☐	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 indirizzato la richiesta di impegno nella prevenzione di rischi sociali ad alto impegno sulla salute individuale.			

INDICATORI DI PROCESSO Fonte: Registri di Attività	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Adesione dei medici competenti	0	5%	10%	12%

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
1) Convegno regionale ECM Medici competenti		X										
2) Richiesta di adesione medici competenti ai progetti " fabbrica senza fumo e senza alcol" e " alimentazione e salute"		X			X				X			

3) Inserimento aziende coinvolte in un elenco regionale				X	X				X			
4) Individuazione all'interno delle aziende di personale da adibire al controllo antifumo						X			X			
5) Corso di formazione di 10 ore per gli addetti anti fumo					X							
6) Indagine epidemiologica sul fumo in azienda					X							X
7) Counseling					X		X		X		X	
8) Individuazione lavoratori a rischio					X				X			
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
9) Collaborazione con centri anti fumo					X				X			
10) Formazione in azienda sul rischio fumo e alcol					X				X			
11) Report aziendale distributori alimenti e bevande 12) Collaborazione con il servizio mensa aziendale					X				X			
13) Individuazione persone obese con indice BMI e con giro vita secondo indicazioni nazionali 14) Monitoraggio obesità e counselling					X				X			
15) Individuazione mansioni con posture obbligate e con ipoattività fisica 16) Assegnazione di segnapassi con valutazione mensile					X				X			

ANALISI DEI RISCHI

1. L'adesione dei medici competenti al progetto è una variabile non prevedibile. Si ritiene opportuno prevedere forme di incentivazione per implementare l'adesione
2. La novità del progetto presuppone una revisione annuale al fine di evidenziare criticità e proporre soluzioni.
3. E' prevedibile l'adozione di materiale informativo
4. E' prevedibile la fornitura di materiale (bilance, contapassi, misuratori girovita etc).

AZIONE n. 6 "RIDURRE IL CONSUMO ECCESSIVO DI SALE"

(obiettivo centrale 1.8)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.
In letteratura è stato ampiamente dimostrato l'effetto benefico sulla riduzione della pressione arteriosa dato da una riduzione del consumo di sale, con risultati modesti nei normotesi e ancora più marcati nei soggetti di razza nera, negli anziani e nei soggetti con diabete, sindrome metabolica. La restrizione sodica può, secondo diversi studi, ridurre il numero e la dose di farmaci antipertensivi.
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 DI EFFICACIA
La diminuzione del consumo di sale, non più di 5 g al giorno, può consentire una diminuzione stimata della pressione arteriosa sistolica fino a 8 mmHg e fino a 4 mmHg di pressione diastolica. Limitare il consumo di sodio è 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)

SOSTENIBILITÀ
Le attività proposte sono sostenibili nel tempo in quanto la stesura del protocollo è un impegno per i soggetti aderenti . La formazione dei panificatori da parte di esperti di tecnologie alimentari dell'Università e delle associazione garantisce un prodotto di qualità e accettabile dal punto di vista organolettico, la cui produzione una volta avviata potrà continuare nel tempo .
Il modulo per la riduzione del contenuto di sale negli incontri formativi per il rilascio dell'attestato in igiene degli alimenti è ripetuto ogni tre anni in corso di rinnovo e rappresentate un aggiornamento periodico per gli operatori del settore alimentare sia panificatori che ristoratori . Il coinvolgimento dei MMG permette di raggiungere tutti gli assistiti con consigli ad hoc .

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 DISEGUAGLIANZE
Si segnala che il progetto è orientato alla prevenzione e al contrasto alle disuguaglianze tramite:

- Costo simile o minore del pane a ridotto consumo di sale con inserimento impegno specifico delle associazione nel protocollo
- accessibilità da parte dei soggetti economicamente svantaggiati all'acquisto di pane a ridotto contenuto di sale prevedendo il coinvolgimento di tutti i panificatori e in particolare degli esercenti di aree e zone popolari con residenti a basso reddito
- incentivo all'utilizzo di pane a ridotto contenuto di sale in corso di eventi e manifestazioni gastronomiche cui i soggetti a basso reddito e poco istruiti partecipano .

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.

AZIONI

Le azioni del progetto "Ridurre il consumo eccessivo di sale" sono:

1. Individuazione dei gruppi di coordinamento per la riduzione del quantitativo di sale nella panificazione e per la sensibilizzazione alla riduzione del consumo di sale nella popolazione da parte degli operatori sanitari
2. Accordo con le associazioni di categoria per la riduzione di sale nella panificazione
3. Censimento e adesione dei panificatori
4. Formazione panificatori e verifiche
5. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a popolazione generale e operatori del settore alimentare
6. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a operatori sanitari

TARGET	Popolazione adulta 18-69 anni, popolazione ipertesa 18-69 anni			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITÀ	MMG, Farmacie, Servizi ASL, Operatori Sanitari, Associazione imprese alimentari, Associazione cuochi, Panificatori, Università con corsi di laurea in tecnologie alimentari			

Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici *Fonte: Sorveglianza Passi, indagine multiscopo ISTAT.*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Prevalenza di soggetti di età 18-69 anni ipertese 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%**	**30%**	**28%**	**25,2%** **(meno 30%)**

INDICATORI DI PROCESSO *Fonte: Regione*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Accordo con le associazioni di categoria per la riduzione di sale nella panificazione	0	Stipula protocollo d'intesa con associazioni di categoria per l'impegno alla produzione di pane con contenuto di sale pari all' 1,8% riferito alla farina	Report comunicazioni sull'adempimento all'accordo (riduzione di sale nella panificazione) delle associazioni di categoria ai panificatori 50%	Report comunicazioni sull'adempimento all'accordo (riduzione di sale nella panificazione) delle associazioni di categoria ai panificatori 100%
Censimento panificatori	90% panificatori registrati su banca dati regionale			
Adesione panificatori **INDICATORE SENTINELLA**	0	30% panificatori aderenti al protocollo	50% panificatori aderenti al protocollo	70% panificatori aderenti al protocollo
Formazione panificatori sulla tecnologia di panificazione di pane a ridotto contenuto di sale (Università e Associazioni di categoria)	0	50 % panificatori aderenti n. 2 incontri di 3 ore per Asl	50 % panificatori aderenti n. 2 incontri di 3 ore per Asl	
Formazione panificatori sui benefici della riduzione del consumo di sale sulla salute (ASL)	0	50 % panificatori aderenti n.1 incontro di 3 ore	50 % panificatori aderenti n.1 incontro di 3 ore	
Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a popolazione generale e operatori del settore alimentare	0	Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) sulla riduzione del consumo di sale nel 30% dei punti vendita e mense aziendali e pubbliche	Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) sulla riduzione del consumo di sale nel 60% dei punti vendita e mense aziendali e pubbliche	Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) sulla riduzione del consumo di sale nel 100% dei punti vendita e mense aziendali e pubbliche
Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a popolazione generale e operatori del settore alimentare	0	Formazione corsi alimentaristi con inserimento modulo didattico di 15 minuti su riduzione utilizzo di sale nella panificazione e nella ristorazione (inserimento del modulo nel 30% dei corsi attivati)	Formazione corsi alimentaristi con inserimento modulo didattico di 15 minuti su riduzione utilizzo di sale nella panificazione e nella ristorazione (inserimento del modulo nel 60% dei corsi attivati)	Formazione corsi alimentaristi con inserimento modulo didattico di 15 minuti su riduzione utilizzo di sale nella panificazione e nella ristorazione (inserimento del modulo nel 100% dei corsi attivati)
	0	Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) sulla riduzione del consumo di sale da esporre nel 30% dei servizi Asl, degli ambulatori dei	Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) sulla riduzione del consumo di sale da esporre nel 60% dei servizi Asl, degli ambulatori dei MMG, delle farmacie	Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) sulla riduzione del consumo di sale da esporre nel 100% dei servizi Asl, degli ambulatori dei MMG, delle farmacie

		MMG, delle farmacie		
Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a operatori sanitari	0	Incontri formativi in modalità FAD online (n. 1 modulo formativo di 8 ore) sul suggerimento da fornire ai pazienti, in particolare negli ipertesi, di ridurre il consumo eccessivo di sale (10% medici e farmacisti aderenti all'offerta formativa)	Incontri formativi in modalità FAD online (n. 1 modulo formativo di 8 ore) sul suggerimento da fornire ai pazienti, in particolare negli ipertesi, di ridurre il consumo eccessivo di sale (20% medici e farmacisti aderenti all'offerta formativa)	Incontri formativi in modalità FAD online (n. 1 modulo formativo di 8 ore) sul suggerimento da fornire ai pazienti, in particolare negli ipertesi, di ridurre il consumo eccessivo di sale (30% medici e farmacisti aderenti all'offerta formativa)

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015	2016	2017	2018
1) 1. Individuazione dei gruppi di coordinamento per la riduzione del quantitativo di sale nella panificazione e per la sensibilizzazione alla riduzione del consumo di sale nella popolazione da parte degli operatori sanitari		X	X	
2) 2. Accordo con le associazioni di categoria per la riduzione di sale nella panificazione	X	X	X	X
3) 3. Censimento e adesioni dei panificatori	X	X	X	X
4) 4. Formazione panificatori e verifiche		X	X	X
5) 5. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a popolazione generale e operatori del settore alimentare		X	X	X
6) 6. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a operatori sanitari		X	X	X

	RISCHI	AZIONI CORRETTIVE
ANALISI DEI RISCHI	1. Non adesione di tutte le associazioni di categoria al protocollo	Visibilità mediatica associazioni aderenti
	2. Scarsa partecipazione dei panificatori agli incontri formativi pratici con Università e associazioni	Incentivo per i panificatori tramite materiale da esporre nel proprio punto vendita
	3. Scarsa partecipazione degli operatori sanitari alla formazione	Eventi con accreditamento ECM
	4. Disomogeneità nell'attuazione degli interventi da parte delle ASL	Inserimento da parte della Regione nell'obiettivo di valutazione dei Direttori Generali delle AUSL

AZIONI

1. Individuazione dei gruppi di coordinamento per la riduzione del quantitativo di sale nella panificazione e per la sensibilizzazione alla riduzione del consumo di sale nella popolazione da parte degli operatori sanitari
2. Accordo con le associazioni di categoria per la riduzione di sale nella panificazione
3. Censimento e adesioni dei panificatori
4. Formazione panificatori e verifiche
5. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a popolazione generale e operatori del settore alimentare
6. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a operatori sanitari

CRONOPROGRAMMA

1. Individuazione dei gruppi di coordinamento per la riduzione del quantitativo di sale nella panificazione e per la sensibilizzazione alla riduzione del consumo di sale nella popolazione da parte degli operatori sanitari

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Creazione gruppo di lavoro intersettoriale per la riduzione del sale nel pane (Università, Rappresentanti panificatori, Asl)	x	x										
2. Creazione gruppo di lavoro intersettoriale per la sensibilizzazione alla riduzione del consumo di sale nella popolazione da parte degli operatori sanitari (Asl, Rappresentanti MMG, Rappresentanti Ordine Farmacisti e Collegio Infermieri)	x	x										
3. Produzione e stampa dei materiali informativi e multimediali			x	x	x							

2. Accordo con le associazioni di categoria per la riduzione di sale nella panificazione

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Censimento associazioni di categoria	x											
2. Stipula protocollo d'intesa con associazioni di categoria per l'impegno alla produzione di pane con contenuto di sale pari all' 1,8% riferito alla farina		x	x									
3. Monitoraggio delle azioni comunicative delle associazioni di categoria ai panificatori				x	x	x	x	x	x	x	x	x

3. Censimento e adesione dei panificatori

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Censimento panificatori	x											
2. Indagine per la rilevazione della quantità di sale presente in ogni tipo di pane		x	x	x	x	x						
3. Adesione dei panificatori e riconoscimento (ASL e Associazioni di categoria) con esposizione di locandine				x	x	x	x	x	x	x	x	x
4. Albo dei panificatori che producono pane a ridotto contenuto di sale				x	x	x	x	x	x	x	x	x

4. Formazione panificatori e verifiche

Attività	2016	2017	2018

	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Attività pratiche sulla tecnologia di panificazione di pane a ridotto contenuto di sale (Università e Associazioni di categoria) n. 2 incontri di 3 ore			x	x	x	x	x	x				
2. Incontri informativi sui benefici della riduzione del consumo di sale sulla salute (ASL) n.1 incontro di 3 ore				x	x							
3. Fornitura materiali informativi e multimediali			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4. Rilevazione tramite questionario su effettiva produzione di pane a ridotto contenuto di sale, sulle vendite e gradibilità dei consumatori					x	x	x	x	x	x	x	x

5. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a popolazione generale e operatori del settore alimentare

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) prodotti o recepiti dal Ministero della Salute sulla riduzione del consumo di sale da esporre nei punti vendita e mense aziendali e pubbliche				x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. Adeguamento piano formativo corsi alimentaristi con inserimento modulo didattico di 15 minuti su riduzione utilizzo di sale nella panificazione e nella ristorazione			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

6. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a operatori sanitari

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) prodotti o recepiti dal Ministero della Salute sulla riduzione del consumo di sale da esporre nei servizi Asl, MMG, farmacie e parafarmacie				x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. Coinvolgimento dei MMG e dei Farmacisti per aderire agli incontri formativi anche in modalità FAD online (n. 1 modulo formativo di 8 ore) sul suggerimento da fornire ai pazienti, in particolare negli ipertesi, di ridurre il consumo eccessivo di sale				x	x	x	x	x	x	x	x	x

AZIONE n. 7 "AUMENTARE IL CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA"

(obiettivo centrale 1.7)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Le malattie cronico-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 DI EFFICACIA
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 NutritionEducation 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. C*ochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6.)

SOSTENIBILITÀ
Le attività proposte sono sostenibili nel tempo in quanto la formazione di un gruppo di formatori ad hoc per la promozione dei corretti stili di vita (alimentazione, in particolare frutta e verdura e riduzione del consumo di sale) in tutte le fasce di popolazione coinvolta (scuola, collettività, ambienti di lavoro) garantirà negli anni l'implementazione della piattaforma on-line e gli incontri in sede con i Responsabili e i lavoratori delle imprese che aderiscono al progetto ed i medici competenti.
La formazione dei formatori è ripetuta annualmente al fine di arruolare nuovi formatori e garantire eventuali sostituzioni.
Il personale AUSL sarà disponibile con numero telefonico e strumenti telematici ad hoc per supporto a Responsabili aziendali e lavoratori o loro associazioni.
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.
L'adozione da parte datoriale di iniziative di promozione della salute nei luoghi di lavoro può offrire alle imprese, nel medio-lungo periodo, opportunità in termini di ritorno di immagine, di fidelizzazione dei dipendenti e di miglioramento delle prestazioni lavorative.
Fra le molteplici ricadute positive, come effetto indotto nel breve-medio periodo, le iniziative di promozione della salute possono contribuire anche al contenimento del fenomeno infortunistico e

tecnopatico. Ciò per le imprese comporta una serie di vantaggi economici diretti, quali la riduzione del premio assicurativo per andamento infortunistico e per prevenzione, il contenimento delle perdite di produzione e dei danni a strutture e macchinari, il contenimento dei costi di formazione per il personale sostitutivo e delle ore di straordinario per recuperare la perdita di produzione oltre che delle spese per eventuali procedimenti legali. Ulteriori vantaggi derivano dal contenimento delle ricadute negative in termini di danno di immagine, insoddisfazione del cliente per eventuali ritardi nelle forniture, calo di morale e del senso di attaccamento del personale.
La sostenibilità si basa sull'attivazione di collaborazioni interne ed esterne e sul rafforzamento delle competenze/risorse dei destinatari (realizzazione di programmi educativi e organizzativi).
E' previsto un forte supporto da parte della direzione aziendale e un'efficace comunicazione e coinvolgimento dei lavoratori a tutti i livelli di sviluppo e realizzazione dell'intervento.

SISTEMI DI SORVEGLIANZA PER PROGRAMMAZIONE, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE
Report regionale sorveglianza PASSI (dati sul consumo di frutta e verdura)

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 i lavoratori con bassa istruzione consumano meno frutta e verdura.
Il progetto prevede il contrasto alle diseguaglianze tramite:

- Sensibilizzazione specifica dei datori di lavoro di aziende che impiegano lavoratori con basse mansioni e con minimo grado di istruzione e opportunità per tutte le categorie sociali di partecipare
- Integrazione in gruppo dei lavoratori per il raggiungimento comune dell'obiettivo del consumo di frutta e verdura che altrimenti da soli non raggiungerebbero
- valorizzazione della multiculturalità attraverso la conoscenza e la sperimentazione nelle mense delle culture alimentari dei paesi di origine dei lavoratori
- si terrà conto delle differenze culturali anche nelle linee guida regionali sulla ristorazione per le aziende
- stesura in più lingue di materiali informativi da distribuire ai Responsabili delle aziende e ai lavoratori
- realizzazione di incontri e materiali informativi chiari e comprensibili a tutti i soggetti coinvolti per abbattere le differenze nel grado di istruzione
- Ricaduta degli effetti positivi non solo all'interno dei luoghi di lavoro ma anche a livello delle famiglie e delle comunità locali
- utilizzo di incentivi per promuovere la partecipazione dei lavoratori alle iniziative e per aumentare la loro autostima
- demandare non solamente ai singoli individui l'adozione volontaria di pratiche salutiste, bensì attuare piani di intervento elaborati sinergicamente dalle principali parti interessate

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 aziendale (responsabili aziendali, medici competenti e lavoratori) 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
6. 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
7. Monitoraggio annuale delle aziende aderenti per la verifica dello svolgimento delle attività (visita in azienda, questionario online)

TARGET	Popolazione adulta 18-69 anni, popolazione ipertesa 18-69 anni			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITÀ	MMG, Farmacie, Servizi ASL, Operatori Sanitari, Associazione imprese alimentari, Associazione cuochi, Panificatori, Università con corsi di laurea in tecnologie alimentari			

INDICATORI DI ESITO *Fonte: Sorveglianza PASSI*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Prevalenza dei persone (18-69 anni) che consumano abitualmente 3 porzioni di frutta e/o verdura Cod. indicatore 1.7.1	33,8 %	*33,8%*	*35,5%* *(+ 5%)*	*37,2 %* *(+ 10 %)*

INDICATORI DI ESITO *Fonte: Regione*	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Costituzione gruppo di lavoro, coinvolgimento Aziende con almeno 10 lavoratori dipendenti per la promozione della sana alimentazione (consumo abituale di frutta e verdura) e raccolta adesioni	0	Individuazione spazio piattaforma online per comunicazione e pubblicazione materiali relativi all'iniziativa	Raccolta 80% adesioni aziende su piattaforma online	Raccolta 100% adesioni aziende su piattaforma online
Somministrazione alle aziende individuate di un questionario online	0	Realizzazione del questionario da somministrare alle aziende aderenti	Somministrazione ed elaborazione dati al 80% delle aziende aderenti	Somministrazione ed elaborazione dati al 100% delle aziende aderenti
Sviluppo di linee guida per la promozione delle corrette abitudini alimentari dei lavoratori	0	Redazione linee guida da parte del gruppo di lavoro per datori di lavoro (impegni verso i lavoratori) per il personale dei servizi di ristorazione (mense, bar) aziendale	Redazione linee guida da parte del gruppo di lavoro per il miglioramento dell'offerta di frutta e verdura tramite distributori automatici	
Promozione delle corrette abitudini alimentari tramite interventi formativi-divulgativi rivolti al personale aziendale (responsabili aziendali e lavoratori) con piattaforma online e incontri in sede	0	50 % incontri informativo-formativo con i responsabili aziendali e medici competenti di 2 ore	75 % incontri informativo-formativo con i responsabili aziendali e medici competenti di 2 ore	100 % incontri informativo-formativo con i responsabili aziendali e medici competenti di 2 ore
		Pubblicazione materiale informativo su piattaforma online 100% materiale prodotto per anno	Pubblicazione materiale informativo su piattaforma online 100% materiale prodotto per anno	Pubblicazione materiale informativo su piattaforma online 100% materiale prodotto per anno
		50 % incontri in sede rivolto ai lavoratori dipendenti di 1 ora inserito all'interno di altre attività formative già previste	75 % incontri in sede rivolto ai lavoratori dipendenti di 1 ora inserito all'interno di altre attività formative già previste	100 % incontri in sede rivolto ai lavoratori dipendenti di 1 ora inserito all'interno di altre attività formative già previste

Adozione linee guida volte al 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 (**INDICATORE SENTINELLA**)	0	Presenza di frutta e verdura di stagione nelle aree di refezione e nei menù dei servizi di ristorazione aziendali ad ogni pasto non sostituibili con altri piatti o alimenti (adozione linee guida da parte del 30% delle aziende aderenti)	Presenza di frutta e verdura di stagione nelle aree di refezione e nei menù dei servizi di ristorazione aziendali ad ogni pasto non sostituibili con altri piatti o alimenti (adozione linee guida da parte del 70% delle aziende aderenti)	Presenza di frutta e verdura di stagione nelle aree di refezione e nei menù dei servizi di ristorazione aziendali ad ogni pasto non sostituibili con altri piatti o alimenti (adozione linee guida da parte del 100% delle aziende aderenti)
	0		Presenza di frutta e verdura di stagione nei distributori automatici (adozione linee guida nel 70% delle aziende aderenti)	Presenza di frutta e verdura di stagione nei distributori automatici (adozione linee guida nel 100% delle aziende aderenti)
Promozione delle corrette abitudini alimentari tramite interventi formativi-divulgativi rivolti al personale dei servizi di ristorazione (mense, bar) con piattaforma online e incontri in sede			n.1 incontro formativo di 2 ore rivolto al personale di ristorazione	n. 1 incontro formativo di 2 ore rivolto al personale di ristorazione
Monitoraggio annuale delle aziende aderenti per la verifica dello svolgimento delle attività (visita in azienda, questionario online)			70% attività svolte da parte dei responsabili aziendali rispetto al programma concordato	100% attività svolte da parte dei responsabili aziendali rispetto al programma concordato
			70% attività svolte da parte dei responsabili del servizio di ristorazione rispetto al programma concordato	100% attività svolte da parte dei responsabili del servizio di ristorazione rispetto al programma concordato

CRONOPROGRAMMA

Azioni	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
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) tramite interventi formativi-divulgativi rivolti al personale aziendale (responsabili aziendali, medici competenti e lavoratori) con 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
6) 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
7) Monitoraggio annuale delle aziende aderenti per la verifica dello svolgimento delle attività (visita in azienda, questionario online)	x	x	x

ANALISI DEI RISCHI

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
4. Disomogeneità nell'attuazione degli interventi da parte delle ASL	Inserimento da parte della Regione nell'obiettivo di valutazione dei Direttori Generali delle ASL

AZIONE n. 8 "AUMENTARE L'ATTIVITÀ FISICA DELLE PERSONE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AGLI ULTRA64ENNI"

(obiettivi centrali 1.9, 1.10, 6.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 (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 ridurne i comportamenti sedentari. L'azione prevede l'avvio di una serie di iniziative per promuovere l'attività motoria nelle persone, tra le quali si evidenzia l'implementazione del progetto "Città per Camminare e della Salute". Tale progetto - sviluppato con il patrocinio della presidenza del Consiglio dei Ministri, del Ministero della salute, della Conferenza Stato-Regioni, dell'Associazione Nazionale Comuni d'Italia, del CONI e di Federanziani – è stato ideato per offrire opportunità concrete di svolgere attività fisica e si concretizza nell'individuazione di percorsi cittadini adatti ad una pratica motoria semplice ma efficace dal punto di vista salutistico.

EVIDENZE DI EFFICACIA

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 counselling: 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

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.

ATTIVITA'

1. Adesione dei Comuni e definizione dei referenti per le amministrazioni comunali del settore sanitario
2. Interventi formativi: organizzazione di 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 specifici percorsi formativi su attività/esercizio fisico negli adulti e negli anziani, rivolti a diplomati ISEF, laureati e studenti in Scienze Motorie.
3. 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). Promozione di attività fisica adatta alla terza età;
4. Attività educativo-informative per la popolazione sui benefici derivanti dal mantenimento o dall'adozione di uno stile di vita attivo;
5. Promozione e diffusione dell'applicazione "Città per camminare e della salute"
6. Diffusione della mappa degli interventi dedicati all'attività fisica presenti nel territorio
7. Avvio dei gruppi di cammino e di ulteriori attività concordate con le amministrazioni comunali
8. Somministrazione di questionario di gradimento.
9. Elaborazione dati questionari di gradimento

Le azioni sono 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.

OBIETTIVO SPECIFICO

- Aumentare l'attività fisica dei soggetti 18-69 fisicamente attivi
- 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

TARGET	Popolazione adulta (18-69 anni). Popolazione ultra64enne.			
SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITÀ'	Università, Amministrazioni comunali, Circoli ricreativi, Associazioni culturali Associazioni sportive dilettantistiche, Privati che lavorano nell'ambito delle attività fisico-sportive, Finanziatori locali e Stakeholders			

INDICATORI DI ESITO *Fonte: SDO*	**Baseline Anno 2013**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età > 75 aa.) Cod. indicatore 1.9.3	(2272 ricoveri /156.616 pop. età > 75 aa.) 14,50 ‰	n. 2203 ricoveri pari al 14,07‰ (riduzione del 3%)	n. 2044 ricoveri pari al 13,05‰ (riduzione del 10%)	n. 1930 ricoveri pari al 12,33‰ *(riduzione del 15%)*

INDICATORI DI PROCESSO *Fonte: Registro di attività*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Attività socialmente inclusive (es. gruppi di cammino, Nordic Walking, ballo) avviate nelle 4 ASL **INDICATORE SENTINELLA**	0	4	8	12

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) Adesione dei Comuni e definizione dei referenti per le amministrazioni comunali del settore sanitario	X	X			X	X			X	X		
2) Attuazione di interventi formativi dedicati alla promozione dello stile di vita attivo in generale e/o alla promozione di specifiche attività motorie nella popolazione adulta		X	X			X	X			X	X	
3) Promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e nella terza età attraverso la preparazione di materiale divulgativo		X	X			X	X			X	X	
4) Promozione e diffusione dell'applicazione "Città per camminare e della salute"		X	X			X	X			X	X	
5) Attuazione di attività educativo-informative per la popolazione sui benefici derivanti dal mantenimento o dall'adozione di uno stile di vita attivo		X	X			X	X			X	X	
6) Diffusione della mappa degli interventi dedicati all'attività fisica presenti nel territorio												
7) Avvio dei gruppi di cammino e di ulteriori attività concordate con le amministrazioni comunali			X				X				X	
8) Somministrazione di questionario di gradimento.				X								X
9) Elaborazione dati questionari di gradimento				X								X

ANALISI DEI RISCHI

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

Programma 4: “Operatori sanitari promotori di Salute”

OBIETTIVI CENTRALI

1.2 - Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita) (**azione n. 5**);

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 (**azione n. 11**);

1.10 - Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT (**azioni n. 3-4-8-10**);

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) (**azioni n. 9**);

2.1 - Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita (**azioni n. 6**);

2.2 - Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita(**azioni n. 7**);

4.1 - Aumentare la percezione del rischio e l’empowerment degli individui (**azione n. 11**);

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 (**azioni n. 4 - 11**);

6.4 - Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS (**azioni n. 1 – 2 – 10 - 11**);

7.4 - Promuovere / favorire l’adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale (**azione n. 11**);

9.5 - Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV) (**azione n. 11**).

RAZIONALE E DESCRIZIONE DEL PROGRAMMA

Secondo la Carta di Ottawa, promuovere la salute significa costruire una politica per la tutela della salute, creare ambienti capaci di offrire sostegno, rafforzare l’azione della comunità, sviluppare le capacità personali e riorientare i servizi sanitari. A livello individuale la promozione della salute è il processo che consente di aumentare il controllo sui determinanti della propria salute e migliorarla. Negli ultimi anni, la presa di coscienza sul rapporto di interdipendenza tra individuo e ambiente ha influenzato sia le tematiche relative alla promozione della salute, sia gli studi condotti per comprendere i fattori che interferiscono sull’adozione di stili di vita sani e i processi di cambiamento dei comportamenti a rischio. La centralità dello stile di vita nel determinare lo stato di salute e il benessere delle persone è una delle acquisizioni del moderno approccio alla promozione della salute e di questo devono tenere conto la ricerca, i programmi di educazione e le azioni nelle comunità, con un’assunzione di responsabilità che travalica il settore sanitario e necessita di integrazioni e sinergie con il più ampio contesto sociale possibile. Inoltre ogni intervento di educazione e promozione della salute deve tener conto sia della conoscenza delle diseguaglianze sociali, in particolare per l’accesso ai servizi e all’informazione, sia delle differenze di età e di genere, in modo da individuare e raggiungere i gruppi a rischio con una comunicazione mirata ed efficace.

I servizi sanitari non sono solo luoghi di erogazione di diagnosi e cure, ma anche importanti ambiti di promozione della salute, da valorizzare per il gran numero di accessi di assistiti. Gran parte degli accessi a questi servizi sanitari avviene per problemi di salute o per controlli. L'educazione sanitaria e la promozione della salute devono tenere conto, partendo da comuni patologie e problemi clinici, per i quali offrire interventi educativi specifici compresa l'educazione terapeutica e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, o delle recidive. Tale specificità serve ancor più per dare impulso ad atteggiamenti favorevoli e a competenze educative tra gli operatori sanitari, e per promuovere in loro comportamenti e stili di vita coerenti, migliorandone l'efficacia come promotori di salute. La promozione della salute intesa come “processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla” è oggi considerata, a livello europeo, uno degli strumenti che influenza positivamente la qualità delle prestazioni ospedaliere e dei servizi territoriali. Essa è anche

uno strumento importante per contrastare il crescente impatto delle patologie cronico-degenerative. La buona promozione della salute esprime politiche, strategie, interventi intersettoriali frutto della collaborazione fra enti e istituzioni che si interrogano sul significato e le conseguenze dell'adozione di una prospettiva d'intervento che includa informazioni adeguate, competenze, vissuti esperienziali, valori di riferimento, relazioni interpersonali e con l'ambiente nelle scelte legate al benessere psicofisico dei cittadini.

All'interno dei servizi territoriali offerti dal SSN, **il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta** sono figure professionali che interagiscono quotidianamente, in un rapporto fiduciario, con le persone e racchiudono in sé le potenzialità per il raggiungimento e il mantenimento di stili di vita salutari.

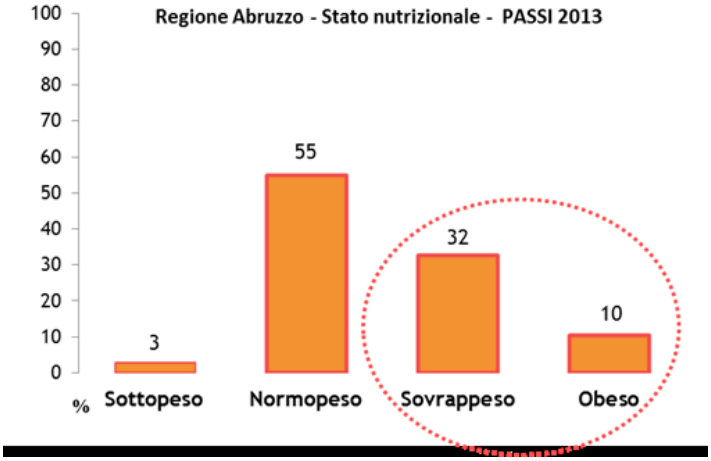
Il Medico di Medicina Generale nei circa 50.000 studi aperti in Italia incontra ogni giorno 1,5 milioni di persone; 2\3 degli assistiti entrano in ambulatorio in un anno e il 100% degli assistiti entra in ambulatorio in cinque anni.

L'attenzione degli operatori sanitari agli stili di vita della popolazione rappresenta un punto focale nella promozione della salute.

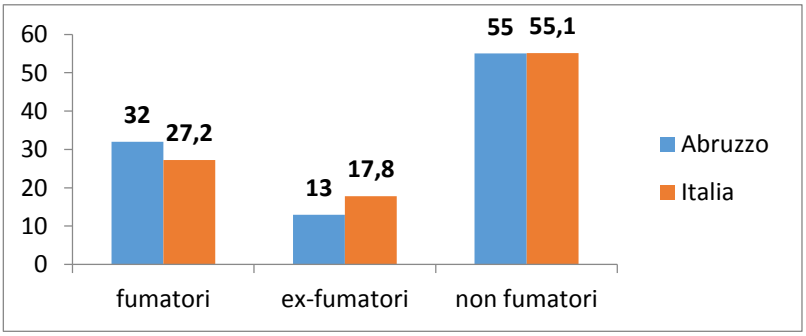
L'efficacia dei consigli degli operatori sanitari, soprattutto del MMG e del PLS, trova il suo presupposto nel rapporto di fiducia fra medico e paziente.

- In Abruzzo solo al 21,3% degli intervistati è stato chiesto, da un operatore sanitario, se svolgesse regolarmente **attività fisica**, mentre al 18,7% è stato consigliato di praticarla;

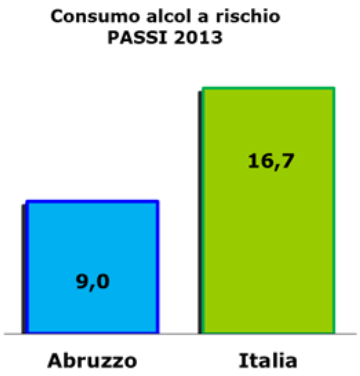
- Il 42,7% della popolazione abruzzese è **in eccesso ponderale**, e solo il 36,3% ha ricevuto consigli di perdere peso;



- Solo il 28% **%** degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato **sull'abitudine al fumo,** solo al 40,5% dei fumatori è stato consigliato di smettere;



- Solo il 9,6% delle persone riferisce che un operatore sanitario si è informato sul **consumo di alcol,** al 9,4% dei bevitori a rischio è stato consigliato di bere meno.



Lo studio PASSI, dal quale vengono presi i dati suriportati, ha recentemente creato le condizioni utili per "leggere" il coinvolgimento in fatto di prevenzione dei MMG a livello aziendale e regionale e valutare i risultati ottenuti.
Nella Regione Abruzzo, negli ultimi anni, le varie esperienze hanno messo in evidenza come sul tema della prevenzione le attività richieste ai MMG sono riconducibili a 4 ambiti principali:

1) **Campagna vaccinale antinfluenzale** - rappresenta l'ambito più frequente di coinvolgimento dei MMG. Il coinvolgimento si articola in tre modelli distinti di gestione: delega completa al MMG (retribuito per prestazione o con benefit orario: attivazione della continuità assistenziale il sabato mattina); conduzione integrata della campagna vaccinale (l'attività viene svolta presso le sedi distrettuali utilizzando il personale delle Aziende ed erogando un gettone di presenza al MMG che partecipa alle varie sedute); gestione mista (vaccinazione degli ultra 65enni in Distretto da parte del personale delle Aziende, vaccinazione delle categorie a rischio da parte degli MMG).
Solo la ASL di Pescara ha previsto il coinvolgimento degli MMG nella vaccinazione antipneumococcica nell'anziano e nelle categorie a rischio.

2) **Screening oncologici** – in Abruzzo si è passati da un modello partecipativo dei medici di famiglia ad un modello marginale di tali figure professionali . Tali strumenti prevedono la partecipazione degli MMG alla realizzazione degli screening oncologici della mammella , della cervice uterina e del colon . Le attività degli MMG sono finalizzate in linea generale ad aumentare il tasso di adesione dell'utenza ,attraverso il counselling e contemplano la promozione dei programmi di screening, l'informazione, la sensibilizzazione dell'utenza e il controllo e la "pulizia" degli elenchi nominativi della popolazione eleggibile. L'obiettivo di partecipazione viene definito in maniera quantitativa.

3) **Valutazione del rischio cardiovascolare** - l'applicazione della carta (o punteggio) per il calcolo del rischio cardiovascolare è prevista con lo stesso strumento del governo clinico retribuendo il medico in base ai calcoli effettuati. Anche in questo casi i risultati non sono stati entusiasmanti.

4) **Stili di vita corretti** - Non sono segnalate in Abruzzo iniziative specifiche rivolte agli stili vita , oltre quelle messe in pratica nell'ambito del calcolo del rischio cardiovascolare e nel progetto IGEA.
La partecipazione degli MMG, partners a forte potenzialità nella prevenzione, non sempre risulta orientata verso interventi basati su prove di efficacia. Questo fatto si può parzialmente spiegare con la partecipazione marginale dei Dipartimenti di Prevenzione alla preparazione degli accordi .
Gli accordi sono strumenti essenziali per rendere operativa ed efficace la prevenzione, attraverso il coinvolgimento dei MMG, e devono nel nuovo Piano Regionale per la Prevenzione , arrivare a concretizzare una più stretta integrazione tra i Servizi di Prevenzione e quelli di cure primarie sia a livello regionale che aziendale.

Strumenti d'azione della promozione della salute, secondo la carta di Ottawa, sono:

- Costruire una politica pubblica per la salute
- Creare ambienti favorevoli
- Dare forza all'azione della comunità
- Sviluppare le abilità personali
- **Riorientare i servizi sanitari**

" *La responsabilità per la promozione della salute nei servizi sanitari è condivisa tra i singoli, i gruppi della comunità, gli operatori sanitari, le istituzioni che garantiscono il servizio sanitario e i governi. Essi devono lavorare insieme per un sistema di assistenza sanitaria che contribuisca alla ricerca della salute. Il ruolo del settore sanitario deve andare sempre più nella direzione della promozione della salute, al di là della sua responsabilità di garantire servizi clinici e curativi. I servizi sanitari hanno bisogno di adottare un mandato più ampio che sia sensibile e rispettoso dei bisogni culturali. Questo mandato dovrebbe sostenere i bisogni degli individui e delle comunità per una vita più sana e stabilire connessioni tra il settore sanitario e le più ampie componenti sociali, politiche, economiche e dell'ambiente fisico.*
Il ri-orientamento dei servizi sanitari richiede anche una maggior attenzione alla ricerca sanitaria come pure ai cambiamenti nell'insegnamento e nella formazione professionale. Tutto ciò deve portare a una modifica dell'atteggiamento e dell'organizzazione dei servizi sanitari, che devono ricalibrare la loro attenzione sui bisogni complessivi dell'individuo visto nella sua interezza." (Carta di Ottawa)

All'interno di questo ri-orientamento dei servizi sanitari può essere collocato il consolidamento delle attività svolte dai MMG e PLS all'interno dei loro ambulatori, attività sempre più da indirizzare verso una **medicina d'iniziativa e d'opportunità** che costruisca una **medicina anticipatoria** con approccio di massa e individuale.
Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 è un'occasione preziosa da cogliere per avviare questo improcrastinabile processo di ri-orientamento dei servizi sanitari. Tutti gli Operatori Sanitari, e in modo particolare i MMG e i PLS, sono interpellati da questa urgenza di cambiamento nella certezza che: **aumentare il controllo sui determinanti della salute significa migliorare la salute**.

L'impegno dei MMG e dei PLS all'interno del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 risulta sostanziale nei macro obiettivi che di seguito vengono elencati:

MACRO OBIETTIVO 1. RIDURRE IL CARICO PREVENIBILE ED EVITABILE DI MORBOSITA', MORTALITA' E DISABILITA' DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI

Obiettivo centrale	Codice indic.	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	2018	Fonte dei dati
Ridurre il numero di fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori nella popolazione	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	**Anno 2013: 32,0%**	**28,8%**	Sistema di sorveglianza PASSI
Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto)	**Anno 2013: 9,0%**	**7,7%**	Sistema di sorveglianza PASSI

Obiettivo centrale	Codice indic.	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	2018	Fonte dei dati
Aumentare il consumo di frutta e verdura	1.7.1-2	Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno	**Anno 2013: 33,8**	**37,1%**	Sistema di sorveglianza PASSI
			Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura	**Anno 2014: 51,2%**	**58,8%**	Sistema di sorveglianza OKkio alla Salute
Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.1	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale	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	**Anno 2013: 96,3%**	**96,3%**	Sistema di sorveglianza PASSI
Aumentare l'offerta di approccio comporta-mentale o farmacologi-co per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.3	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	Prevalenza di fumatori di età 18–69 anni che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare	**Anno 2013: 40,5%**	**52,6%**	Sistema di sorveglianza PASSI
Aumentare l'offerta di approccio comporta-mentale o farmacologi-co per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.4	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	Prevalenza di persone di età 18–69 anni in eccesso ponderale (Imc compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza) che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	**Anno 2013: 36,3%**	**47,1%**	Sistema di sorveglianza PASSI

Obiettivo centrale	Codice indic.	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	2018	Fonte dei dati
Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologi-co per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.5	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo di alcol	**Anno 2013: 9,6%**	**28,8%**	Sistema di sorveglianza PASSI
Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologi-co per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.6	Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	Prevalenza di persone di età 18–69 anni con patologia cronica che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di fare regolare attività fisica	**Anno 2013: 28,3%**	**36,8%**	Sistema di sorveglianza PASSI

MACRO OBIETTIVO 6. PREVENIRE GLI INCIDENTI DOMESTICI

Obiettivo centrale	Codice indic.	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline Abruzzo	2018	Fonte dei dati
Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzio-ne da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.4.1	Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi – Passi d'Argento entro 5 anni)	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver ricevuto , nei dodici mesi precedenti l'intervista, informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici.	**Adulti 18-69 anni,** **Anno 2013: 15,4%**	**30,8%**	Sistema di sorveglianza PASSI
			Prevalenza di persone ultra-64enni che dichiarano di aver ricevuto , nei dodici mesi precedenti l'intervista, informazioni da operatori sanitari su come evitare le cadute in casa.	**Anziani > 64 anni: 17 %** (Passi d'Argento, anni 2012/2013)	**34%**	Passi d'Argento

MACRO OBIETTIVO 8. RIDURRE LE ESPOSIZIONI AMBIENTALI POTENZIALMENTE DANNOSE PER LA SALUTE

Obiettivo centrale	Codice indic.	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline Abruzzo	2018	Fonte dei dati
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	8.5.1	Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2016)	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	Non rilevato	100% (Esistenza di un curriculum formativo in ogni Regione)	Regioni
	8.5.2	Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2017)	Corso di formazione	Non rilevato	100% (Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione)	Regioni
	8.5.3	Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica	Proporzione di operatori appartenenti al profilo sanitario di dipartimenti di prevenzione; ARPA, MMG e PLS formati	Non rilevato	50% di operatori formati in Regione	Regioni

MACRO OBIETTIVO 9. RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI/MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE

Obiettivo centrale	Codice indic.	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline Abruzzo	2018	Fonte dei dati
Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)	9.4.1	Proporzione di casi malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	Proporzione di casi di malattie invasive da meningococco e pneumococco, notificati al sistema MIB rispetto alle SDO	**50%**	**90%**	Sistema di notifica

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)	9.7.1	Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status	Definizione PASSI: Copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale in persone di 18-64 anni affette da almeno una malattia cronica (ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato)	**27,3%** (dato riferito alla campagna antinfluenzale stagionale 2012-2013)	**37%**	Sistema di sorveglianza PASSI

All'interno del vigente Accordo Collettivo nazionale per la Medicina Generale del 23 marzo 2005, siccome integrato con l'A.C.N. del 23 luglio 2009, molti sono i richiami ad iniziative di carattere preventivo. Di seguito si riporta un sintetico elenco e i relativi riferimenti alle norme convenzionali :

- Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, concordano la realizzazione di alcuni fondamentali obiettivi quali:
  f) promuovere la salute dell 'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione di educazione e informazione sanitaria;" (ART 5 , comma f)
- I medici di medicina generale sono specialisti formati ai principi della disciplina, sulla base delle caratteristiche di seguito elencate che ne definiscono le peculiarità professionali:
  promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci"; (ART 12,comma 2, punto i)

In aggiunta a quanto dettagliato dall'ACN, gli accordi regionali possono prevedere:
A) l'erogazione di prestazioni aggiuntive, anche tese ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, tra cui:
c) processi assistenziali riguardanti patologie sociali;
f) partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale;
B) linee guida di priorità in merito a:
a) iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute nei confronti di singoli soggetti o gruppi di popolazione;
b) attività di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione , in particolare contro i rischi oncologici metabolici e cardiovascolari, anche mediante richiamo periodico delle persone sane (ART 14, comma 4, punto b)

Il vigente ACN, esplicita il ruolo della Medicina Generale nel sistema sanitario quale orientato al superamento della logica dell'intervento rivolto alla erogazione della singola prestazione a favore di un approccio integrato finalizzato a una gestione globale della salute del cittadino attraverso un modello di cure che faccia corrispondere continuità e variabilità di bisogni del paziente con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema. (ART 29, comma 1,punto a)
Tra le funzioni ed i compiti individuali del medico di assistenza primaria si individuano i servizi essenziali, quali la gestione delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute.
Sono, inoltre, obblighi e compiti del medico

a) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti dei cittadini attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
b) l'adesione alle campagne di vaccinazione antinfluenzale rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende, con modalità concordate .(ART 45).

AZIONE n. 1 "LA FORMAZIONE SUI TEMI DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE DEI MMG E DEI PLS"

(obiettivo centrale 6.4)

RAZIONALE E 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

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. Il volume *Clinical Evidence*, edito periodicamente dal BMJ Publishing Group, ha esaminato la produzione scientifica disponibile sull'attività motoria e l'ha valutata di buon livello tecnico concludendo che "la pratica dell'attività fisica riduce il rischio di incidenti cardiaci mortali e non. Nella popolazione fisicamente attiva che pratica attività fisica moderata tutti i giorni o quasi – si evidenzia una riduzione del 30-50% del rischio relativo di malattie coronariche rispetto alla popolazione sedentaria, a parità di altri fattori di rischio".
4. Lancaster T, Stead L. *Physician advice for smoking cessation*.Cochrane Database Syst Rev 2004;18(4):CD000165. Review.

EVIDENZE DI 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
Non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzabili nella programmazione e nel monitoraggio/valutazione dei risultati. La formazione dei MMG e PLS rientra in un aggiornamento obbligatorio soggetto a timbratura pertanto la sorveglianza sarà effettuata sulla rilevazione delle presenze agli eventi formativi.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE
Il corso di formazione è rivolto indistintamente a tutti i MMG e PLS.

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 è prevista come azione che 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 e alcol;
   - 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 ☐	Comunità ☐	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	L'intervento scaturisce dalla condivisione, da parte dei competenti Uffici regionali per la formazione dei MMG e dei PLS della Regione, dell'importante ruolo dei MMG e dei PLS nelle politiche di prevenzione e della relativa proposta all'Agenzia Sanitaria Regionale delle necessità formative tese ad 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 **INDICATORE SENTINELLA**	0	30%	60%	70%

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) 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	X			X	X		
2) 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	X			X	X		
3) Formazione dei formatori		X	X			X	X			X	X	
4) Realizzazione degli eventi formativi		X	X	X		X	X	X		X	X	X
5) Monitoraggio delle presenze e valutazione del risultato formativo					X				X			

ANALISI DEI RISCHI

L'avvenuta predisposizione per il 2016 del Piano di Formazione annuale da parte della Commissione regionale ECM in seno all'Agenzia Sanitaria Regionale, può rendere di difficile raggiungimento il target atteso per il 2016.

La pluralità degli eventi e delle necessità formative può costituire un ostacolo anche per gli anni successivi per l'accoglimento della proposta.

AZIONE n. 2 - "SISTEMA CENTRALIZZATO DI MONITORAGGIO SUGLI STILI DI VITA ATTRAVERSO SUPPORTO PIATTAFORMA GESTIONALE"

(obiettivo centrale 6.4)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 e/o con specifici strumenti informatici in uso ai medici. Si intende realizzare un sistema informatico accessibile a tutti i professionisti coinvolti (MMG, PLS 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 PRP 2014-18. Attraverso l'uso di tale sistema informatico verrà posta in essere la c.d. "PREVENZIONE ATTIVA INTEGRATA".

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 PRP 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.

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA'

La particolare caratterizzazione degli studi medici convenzionati in riferimento all'elevato numero di accessi garantisce la corretta e diffusa rilevazione informativa. Infatti la possibilità di selezionare e censire il campione di pazienti (target) risulta maggiormente efficace da parte dei MMG/PLS che, in tal modo, possono rilevarne gli appositi requisiti in funzione di una molteplicità di attributi quali ad esempio, età, genere, abitudini, valori antropometrici, patologie, screening, vaccinazioni etc.

La rilevazione e il monitoraggio delle evidenze statistiche, anche grazie a eventuali integrazioni con sistemi utilmente concorrenti (sistema informatico delle anagrafi vaccinali, gestionale di screening, disponibilità delle esenzioni on line, ecc) da parte dei competenti Servizi Aziendali garantirà sia la coerenza scientifica delle elaborazioni e dei risultati statistici e sia la certezza e l'esattezza delle fonti informative.

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 e/o specifici strumenti informatici in uso ai medici, tra i quali un sistema on-line per l'adozione dello stile nutrizionale corretto (integrativo del sistema informatico direttamente connesso in web services con i gestionali di cartella clinica).

Detto sistema si pone l'obiettivo di rilevare lo stato nutrizionale del paziente e di calcolare il peso ideale ed il fabbisogno nutrizionale dello stesso, fornendo una dieta bilanciata e personalizzata. Detto sistema on line fornisce al medico uno strumento che consente il monitoraggio del paziente , favorendo il corretto stile di vita e l'aderenza al fabbisogno nutrizionale individuato al caso specifico con l'outcome seguente:-calcolo del peso ideale, calcolo del fabbisogno nutrizionale minimo, calcolo dei quantitativi degli alimenti facenti parte la dieta settimanale,-creazione di un grafico che riproduce l'andamento dei principali valori (peso / plicometrie, ecc).

La fase transitoria sperimentale potrebbe essere avviata coinvolgendo un numero limitato di professionisti MMG/PLS ai quali fornire, in via diretta o indiretta, gli strumenti informatici di base atti allo sviluppo/maturazione del web-service (interfaccia regionale). Inoltre Il

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

Il progetto è rivolto a tutti i MMG e i PLS.

OBIETTIVI SPECIFICI

1) Istituzione di gruppo regionale di lavoro per la costruzione delle griglie di rilevazione e monitoraggio dati, propedeutiche alla progettazione di specifici strumenti informatici in uso ai medici che riescano a dialogare e ad implementare la piattaforma web-service regionale.
2) formazione degli operatori sanitari sulla corretta registrazione del dato
3) Avvio di studio pilota sulla raccolta e trasmissione dell'informazione al web-service ad opera di gruppi di MMG e PLS beta-tester

4) Avvio delle procedure inerenti le "azioni" da rivolgere alla popolazione target
5) Avvio a regime della trasmissione delle informazioni da parte di tutti i medici convenzionati MMG e PLS

ATTIVITÀ

1- Individuazione responsabile di progetto aziendale da inserire nel gruppo regionale di cui all'Obiettivo 1 che dovrà raccordarsi con tutti gli attori di categoria coinvolti o loro rappresentanti al fine di individuare le specificità per ogni fascia di utenza da *screenare*;
2- Realizzazione della piattaforma informatica di rilevazione dati (Web Service)
3- Definizione tracciato record/griglia
4- Avvio trasmissione delle informazioni al Web Service regionale da parte del software in uso al medico MMG/PLS
5- Sperimentazione di esercizio
6- Avvio in produzione

TARGET	• Target dell'Obiettivo specifico n 1 : operatori sanitari del Dipartimento della Prevenzione, esponenti della MMG e PLS; Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale della Regione Abruzzo; • Target dell'Obiettivo specifico n 2 : operatori sanitari del Dipartimento della Prevenzione, MMG e PLS • Target dell'Obiettivo specifico n 3 : MMG e PLS di NCP e Gruppi o associazioni o AFT • Target dell'Obiettivo n 4 : le fasce di popolazione di riferimento afferenti agli specifici progetti • Target dell'Obiettivo specific n 5 : MMG e PLS			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	MMG, PLS, Dipartimento Regionale, servizi regionali competenti per Prevenzione e Sanità Digitale, servizi e dipartimenti ASL per la Prevenzione.			

SETTING

Dipartimento regionale per la Salute e il Welfare (Servizio Prevenzione Sanitaria e Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale) quale sede della Cabina di regia del gruppo di lavoro di monitoraggio
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

INDICATORI DI PROCESSO *Fonte: Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale regionale*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Num MMG-PLS coinvolti/num di convenzionati regione Abruzzo	0	10%	30%	50%
Num di pazienti rilevati/ num di	0	20%	30%	50%

pazienti in carico al MMG-PLS				

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Istituzione di gruppo regionale di lavoro per la costruzione delle griglie di rilevazione e monitoraggio dati, propedeutiche alla progettazione degli Addon che implementino i gestionali dei MMG e PLS o specifici sw in uso agli MMG-PLS	X	X										
2) Formazione degli operatori sanitari sulla corretta registrazione del dato		X	X									
3) Avvio di studio pilota sulla raccolta e trasmissione dell'informazione al web-service ad opera di gruppi di MMG e PLS beta-tester			X	X	X							
4) Avvio delle procedure inerenti le "azioni" da rivolgere alla popolazione target					X	X						
5) Avvio a regime della trasmissione delle informazioni da parte di tutti i medici convenzionati MMG e PLS previsti dall'indicatore							X	X	X	X	X	X
6) Validazione dei risultati da parte del gruppo regionale											X	X

ANALISI DEI RISCHI DEL PROGETTO

Predisposizione e/o adeguamento dei sistemi informatici da parte dei MMG/PLS e dell'interfaccia Web-Service regionale finalizzati alla trasmissione delle informazioni mediante apposita interfaccia (web service).

AZIONE n. 3 "LO SCREENING CARDIO-VASCOLARE , IL CONTRIBUTO DEI MMG"

(obiettivo centrale 1.10)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

La patologia CV :

1. è un rilevante problema di sanità pubblica,
2. è possibile una prevenzione primaria efficace dei principali fattori di rischio comportamentali, organizzativamente ed economicamente sostenibile
3. è possibile identificare una popolazione cui rivolgere prioritariamente interventi preventivi efficaci non farmacologici.

4. conviene offrire prevenzione a grandi numeri di soggetti sani piuttosto che a piccoli numeri di soggetti “ad alto rischio” (riferimento alla teoria di Geoffrey Rose)

Un elemento innovativo del Piano Regionale della Prevenzione, che coinvolga in modo attivo i medici di famiglia e che recepisca le innovazioni previste dal decreto Balduzzi può essere rappresentato dalla attivazione nelle sedi delle forme associative della MMG di ambulatori dedicati alla prevenzione definiti “ambulatori della salute” e da iniziative di educazione sanitaria rivolte agli assistiti dei medici della forma associativa ,” incontri della salute “ dedicati ai pazienti affetti da particolari patologie croniche , o tese a combattere stili di vita non corretti . L’attività degli “ambulatori della salute” può inizialmente e in forma sperimentale orientarsi all’effettuazione di uno “screening preventivo cardio-vascolare “ su soggetti di età 45-59 anni con chiamata attiva fra i propri pazienti e con l’obiettivo di intercettare un’utenza che si rivolge poco al MMG e che può insidiosamente celare dati clinici o stili di vita a rischio.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Molti dati ed esperienze fatte, hanno messo in evidenza come la partecipazione attiva dei medici di famiglia alle iniziative di medicina preventiva consentono un miglioramento valutato in modo scientifico con studi di HTA . L’HTA si propone di valutare la reale efficacia degli interventi medici, l’appropriatezza, e l’efficienza con cui sono adottati, i loro miglioramenti qualitativi, i benefici clinici e organizzativi, il loro consenso sociale e cosí via, suggerendo di conseguenza come gestirli, promuoverli o scoraggiarli. L’EBM si propone di confrontare tra loro diversi i risultati della ricerca clinica, puntando soprattutto a verificare l’efficacia degli interventi sanitari; si tratta di una metodologia di analisi particolarmente utile nell’assunzione delle decisioni cliniche quotidiane. L’HTA, invece, si spinge oltre la mera valutazione dell’efficacia degli interventi terapeutici e fornisce indicazioni sulle strategie di prevenzione (per esempio sull’utilità degli screening), in particolare questi risultati sono ancora più evidenti per le forme associative. La metodica HTA vuole essere uno strumento per i decisori.

SOSTENIBILITÀ

Il modello organizzativo rappresentato dalle associazioni complesse avanzate strutturate e integrate delle cure primarie (medicina di gruppo, NCP, AFT, UCCP, UTAP) è in grado di generare risorse da destinare a nuovi servizi. Questo modello, attraverso la medicina di iniziativa, consente in maniera significativa alle popolazioni assistite dai medici, di guadagnare salute, di migliorare l’appropriatezza e generare risorse per la comunità. Risultati analoghi sono stati ottenuti nella ASL di Pescara con modelli di collaborazione tra il dipartimento di prevenzione e i medici di famiglia. Ancora una delle innovazioni più importanti nel settore è rappresentato dalla possibilità di utilizzare, qualora i carichi di lavoro eccessivi non consentissero la piena partecipazione dei MMG ai progetti della prevenzione, i medici del corso di formazione specifica in Medicina Generale ritenendo le attività di prevenzione come attività fortemente professionalizzanti, sperimentando e anticipando quanto previsto dal decreto Balduzzi e non ancora reso operativo dall'articolo 22 del patto della salute.

In attuazione dell’art. 1 , comma 5 del d.l. 158/2012 convertito con m.e i. della legge 189/2012, viene infatti stabilito che nel processo formativo di ciascun medico di Medicina Generale in formazione siano inseriti moduli di attività delle diverse funzioni (medicina generale e continuità assistenziale), da svolgere all’interno delle UCCP e delle AFT. In questo modo sarà possibile potenziare le attività di prevenzione nel setting della Medicina Generale e iniziare ad affrontare il “salto generazionale“ previsto dagli esperti che potrebbe rappresentare una criticità per il nostro SSN.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

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

L’azione sperimentale si doterà di un software gestionale che possieda le caratteristiche e le funzionalità delle applicazioni desktop, senza però necessitare dell'installazione sul disco fisso e dotata di un’interfaccia grafica, facile e intuibile. Attraverso questa applicazione web si potranno raccogliere i dati e analizzarli e monitorare e valutare l’attività svolta.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

L'attività inizialmente sarà realizzata solo in alcune associazioni complesse avanzate strutturate e integrate delle cure primarie in forma sperimentale, ma la chiamata attiva dei pazienti della fascia d'età considerata e l'eventuale sollecito per incrementare l'adesione facilita l'intercettazione di fasce di popolazione meno abituate a servirsi del MMG per condizioni di vita svantaggiate.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. realizzare all'interno delle sedi di associazioni complesse avanzate strutturate e integrate delle cure primarie un ambulatorio dedicato alla prevenzione;
2. promuovere uno screening preventivo cardio-vascolare;
3. sostenere e promuovere iniziative rivolte alla popolazione, tese a favorire la adozione di corretti stili di vita;
4. promuovere in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, iniziative di collaborazione e interventi integrati fra servizi delle ASL, fra le ASL, i comuni e le associazioni di volontariato presenti sul territorio.

ATTIVITÀ

1. censimento delle forme associative della medicina generale;
2. arruolamento, attraverso specifico accordo integrativo regionale o aziendale, nel lavoro sperimentale di forme associative con circa 10000 pazienti assistiti disponibili a sperimentare uno screening cardio-vascolare
3. dotazione di un software gestionale
4. realizzazione dello screening e invio dei dati
5. promozione, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, di iniziative di collaborazione e interventi integrati su stili di vita e prevenzione fra servizi delle ASL, fra le ASL, i comuni e le associazioni di volontariato presenti sul territorio.
6. monitoraggio e analisi dei dati e valutazione dell'attività svolta

TARGET	associazioni complesse avanzate strutturate e integrate delle cure primarie			
SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti Sanitari ☐	Ambienti di Lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Ministero della Salute, Regione Abruzzo, ASL, Associazioni Onlus			

INDICATORI DI PROCESSO *Fonte: software gestionale*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
N° di forme associative di MMG con circa 10.000 pazienti assistiti arruolate nell'azione **INDICATORE SENTINELLA**	0	4	8	12

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) Censimento delle forme associative della medicina generale;	X	X										
2) Arruolamento, attraverso un accordo, nel lavoro sperimentale di forme associative con circa 10000 pazienti assistiti disponibili a sperimentare uno screening cardio-vascolare	X	X										
3) Dotazione di un software gestionale		X	X									
4) Realizzazione dello screening e invio dei dati				X	X	X	X	X	X	X	X	X

5) Promozione, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, di iniziative di collaborazione e interventi integrati su stili di vita e prevenzione fra servizi delle ASL, fra le ASL, i comuni e le associazioni di volontariato presenti sul territorio.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6) Monitoraggio e analisi dei dati e valutazione dell'attività svolta					X	X			X	X		

ANALISI DEI RISCHI

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

AZIONE n. 4 "LA VALUTAZIONE INTEGRATA DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI - UN PROGETTO PILOTA PER LA GESTIONE DEL DIABETE TIPO 2 ATTRAVERSO STILI DI VITA CORRETTI E IDONEI PERCORSI TERAPEUTICI-ASSISTENZIALI MULTIDISCIPLINARI"

(obiettivo centrale 1.10 6.3)

RAZIONALE E 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-effectivness* 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".*

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA'

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 DISEGUAGLIANZE

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 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

INTERSETTORIALITA'	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 *Fonte: report semestrali*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
1 - n° di MMG che effettuano il counselling ed aderiscono al sistema di G.I.	0	10%	20%	50%
2 – n° di pazienti diabetici inseriti in G.I. dai MMG che aderiscono al sistema di G.I. **INDICATORE SENTINELLA**	0	10%	25%	50%

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

ATTIVITÀ	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) Istituzione del Gruppo di Lavoro Aziendale (medico IESP, diabetologo, infermiere, MMG, direzione sanitaria aziendale).	X	X										
2) Accordo con i MMG per garantire la collaborazione necessaria.		X	X	X								
3) Formazione specifica dei MMG attraverso l'inserimento dell'argomento relativo alla gestione integrata del diabete tipo 2 nell'adulto nel PFA.			X	X								
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.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5) Installazione di un software condiviso tra MMG e Servizi di Diabetologia in grado di semplificare le procedure informatiche.			X	X								
6) Riunioni periodiche del Gruppo di Lavoro Aziendale per garantire costantemente le necessarie correzioni di rotta per il raggiungimento degli obiettivi.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7) "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
8) Implementazione 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					X	X	X	X	X	X	X	X

prestazione fondo oculare e promuovendo l'omogeneizzazione della classificazione delle condizioni patologiche e del relativo del *follow up*												

ANALISI DEI RISCHI

L'adesione dei MMG e dei Servizi di Diabetologia alla G.I. potrebbe richiedere un percorso più complesso rispetto alle previsioni.

La partecipazione volontaria dei MMG al sistema di G.I., sebbene possibile nelle prime fasi, non garantisce la continuità del sistema. Pertanto è auspicabile prevedere una modalità incentivante che coinvolga *tutti gli attori* del sistema di gestione integrata.

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, ecc.

E' indispensabile il "dialogo" costante, attraverso un software condiviso, tra i MMG ed i Servizi di Diabetologia.

Solo in questo modo è possibile *gestire in maniera integrata ma, ancor più, prevalente* la persona con diabete.

AZIONE n. 5 - "IMPLEMENTAZIONE ALLATTAMENTO AL SENO FINO AL VI MESE"

(obiettivo centrale 1.2)

RAZIONALE DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 razionale 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 E FINALITÀ

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 DI EFFICACIA

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)

Vedi inoltre:

-Accademia Americana di Pediatria AAP Endorsement of the WHO/UNICEF Ten Steps to Successful Breastfeeding-August 25, 2009_http://www.aaap.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 Commision. 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 alla dimissione dal nido e a tre e a sei mesi di vita: il personale del nido 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:

   a. Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno, da far conoscere a tutto il personale sanitario
   b. Preparare tutto il personale sanitario, per attuare compiutamente questo protocollo
   c. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno
   d. Aiutare le madri perché comincino ad allattare al seno già mezz'ora dopo il parto
   e. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
   f. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica
   g. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (*rooming-in*), in modo che trascorrano insieme ventiquattro ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale
   h. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento

i. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento
j. Favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo essere state dimesse dall'ospedale o dalla clinica.

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:
   a. Definire una politica regionale per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale interessato (neonatologi, pediatri, puericultrici etc.);
   b. Formare tutto il personale per attuare la politica aziendale
   c. Informare tutte le donne in gravidanza e le loro famiglie sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno
   d. Sostenere le madri e proteggere l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno per il tramite del personale sanitario aziendale dedicato (neonatologi, pediatri, puericultrici etc.) e dei Pediatri di Libera Scelta;
   e. 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 per il tramite del personale sanitario aziendale dedicato (neonatologi, pediatri, puericultrici etc.) e dei Pediatri di Libera Scelta;
   f. Creare ambienti accoglienti per favorire la pratica dell'allattamento al seno
   g. Promuovere la collaborazione tra il personale sanitario dipendente e convenzionato, 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, Pediatri di Libera Scelta, Società scientifiche (SIP, SIN), Enti Locali, Gruppi di Aiuto			

INDICATORI DI PROCESSO *Fonte: registri di attività e dati ricavati da questionario presso il Servizio Vaccinale*	**Baseline**	**Valore Atteso 2016**	**Valore Atteso 2017**	**Valore Atteso 2018**
Prevalenza di bambini allattati al seno alla dimissione dal Punto Nascita	70%	75%	80%	85%
Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del terzo mese	Non rilevato	42%	46%	50%
Prevalenza di bambini allattati al seno fino al sesto mese di vita **INDICATORE SENTINELLA**	30%	32%	35,2%	38,7%

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

ATTIVITÀ	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Implementazione del Progetto "10 Passi" in tutti gli Ospedali della regione	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2) Formazione di formatori aziendali e a cascata formazione del personale adibito	X	X			X	X			X	X		
3) Coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta per le attività di promozione di allattamento al seno nella fase successiva alla dimissione ospedaliera		X	X	X	X	X	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. Problemi organizzativi e di risorse delle singole ASL
4. Difficoltà dei Punti Nascita di sottoporsi all'Audit
5. Difficoltà delle Strutture Sanitarie di rispettare il Codice Internazionale della commercializzazione dei sostituti del latte materno

AZIONE n. 6 "SCREENING AUDIOLOGICO NEONATALE"

(obiettivo centrale 2.1)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 Terapie Intensive Neonatali e in quelli con altri fattori di rischio (ad esempio nati a basso peso, con storia familiare di sordità, con anomalie cranio-faciali, 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 relato 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 Quick summary review: Documento originale: Wolff R, Hommerich J, Riemsma R, Antes G, Lange S, Kleijnen J. Hearing screening in

newborns: systematic review of accuracy, effectiveness, and effects of interventions after screening. Archives of Disease in Childhood 2010; 95(2): 130-135
Riferimento: http://www.thecochranelibrary.com

2. Screening universale dell'udito neonatale: una revisione sistematica per aggiornare la raccomandazione del "US Preventive Services Task Force" Quick summary review: 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.
   Riferimento: http://www.thecochranelibrary.com

EVIDENZA DI SOSTENIBILITA'

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 DISEGUAGLIANZE

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. Acquisto 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 ☐	Comunità ☐	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro ☐
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**
Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico in tutti i punti	0	60%	75%	90%

nascita della Regione Abruzzo **INDICATORE SENTINELLA**				

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

ATTIVITÀ	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) Formazione dei formatori aziendali e a cascata formazione del personale adibito ad effettuare lo screening.	X	X										
2) Acquisto delle attrezzature necessarie per effettuare lo screening.	X	X										
3) 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	X	X
4) 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	X	X

ANALISI DEI RISCHI DEL PROGETTO

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.

AZIONE n. 7 "SCREENING OFTALMOLOGICO NEONATALE"

(obiettivo centrale 2.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONEO

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 deprivazione visiva, in particolare la cataratta congenita, per la quale è possibile intervenire e migliorare la prognosi.

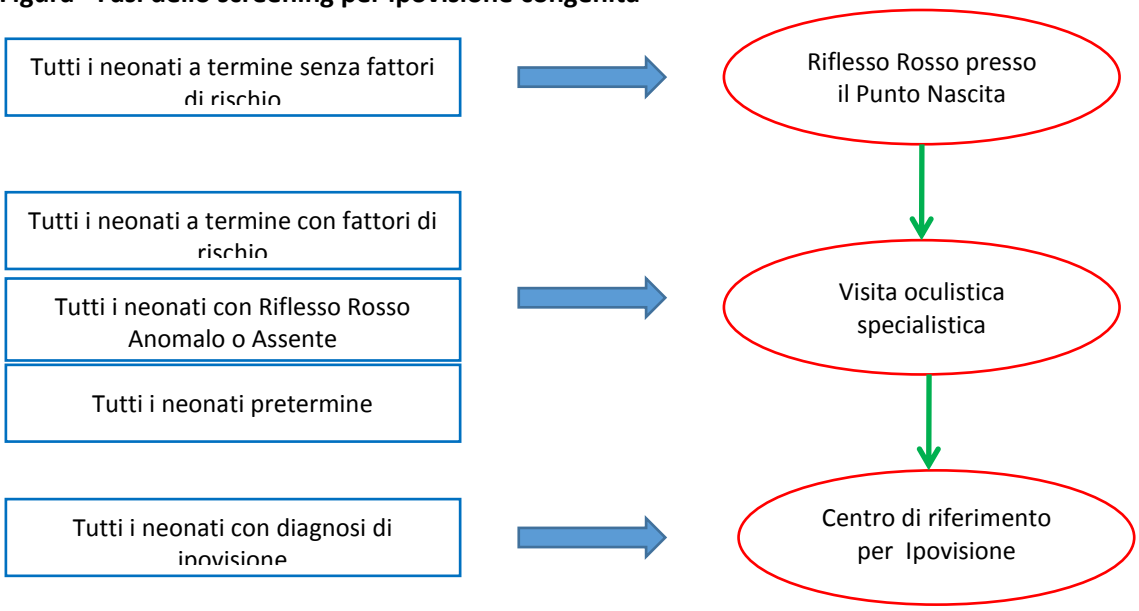
EVIDENZE DI EFFICACIA

1. 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
2. American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology. Red reflex examination in infants and children. Pediatrics. 2002;109(5):980–981

3. Ita Litmanovitz MD and Tzipora Dolfin 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.

Figura - Fasi dello screening per ipovisione congenita



EVIDENZA DI SOSTENIBILITA'

Lo screening viene eseguito a tutti i neonati durante i giorni di permanenza nei punti nascita.

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 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 ☐	Comunità ☐	Ambienti Sanitari **X**	Ambienti di Lavoro ☐
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**
Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico in tutti i punti nascita della Regione Abruzzo **INDICATORE SENTINELLA**	0	60%	75%	90%

CRONOPROGRAMMA DELL'AZIONE

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) 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	X	X	X	X
2) 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	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.

AZIONE n. 8 - IL CONTRIBUTO DELLA RETE DELLE FARMACIE CONVENZIONATE NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE - LA "FARMACIA DEI SERVIZI"

(obiettivo centrale 1.10)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Oggigiorno il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pur mantenendo le caratteristiche che ne hanno consentito la collocazione 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 un modello di *governance* del settore sanitario che possa costituire uno strumento di 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 - 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. Nel

contempo gli interventi nel campo della prevenzione, 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 sevizi di valenza socio-sanitaria." (DOCUMENTO DI ECONOMIA E FINANZA 2013 – CAP. V/12 - Ministero del Tesoro).
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.
Con il decreto Legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 (GU n.257 del 4-11-2009) sono stati individuati i "nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del servizio Sanitario nazionale".
Nell'art. 1 del citato D.lgs. 153/2009 sono stati definiti i nuovi compiti e funzioni assistenziali delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario Nazionale.
Tra i nuovi servizi assicurati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia, si evidenziano "*la erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalita' di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano*" (art. 1, comma 2, lettera c).
In Abruzzo il settore delle Farmacie Convenzionate è costituito da 484 farmacie (cui si aggiungeranno nel 2016 le 85 di prossima apertura al termine delle procedure concorsuali di cui alla legge 24 marzo 2012, n. 27 di conversione del decreto legge 24 gennaio 2012, n.1).
In una regione come l'Abruzzo, le cui caratteristiche orogeografiche rendono talvolta di difficile accesso taluni servizi sanitari ai pazienti che risiedono in alcune aree decentrate, la farmacia rappresenta il primo punto di contatto dell'utente/paziente con il Servizio Sanitario Regionale.
Appare quindi evidente che la distribuzione territoriale delle farmacie convenzionate – soprattutto l'odierna organizzazione che ne garantisce l'apertura 365 giorni l'anno con la presenza di competenze professionali specifiche - rappresenta una rete di competenze e strutture su cui possono essere impiantati nuovi servizi e per l'implementazione di politiche socio – sanitarie.
I Decreti attuativi di seguito indicati hanno previsto l'erogazione di servizi e prestazioni professionali ai cittadini anche da parte delle farmacie

- Decreto 16 dicembre 2010 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011 (approvazione della Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza tra cui test per glicemia, colesterolo e trigliceridi e dell'erogazione dei servizi di secondo livello tra cui la misurazione con modalità non invasiva della pressione arteriosa);
- Decreto 16 dicembre 2010 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011 (approvazione della Disciplina per l'erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali tra le quali le attività svolte da infermieri concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di consulting, anche personalizzato)

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.
Soffermandoci solo alla combinazione di questi provvedimenti , appare chiaro che il legislatore ha inteso individuare nella rete delle farmacie un presidio attivo sul territorio per lo sviluppo di politiche sanitarie più vicine ai cittadini/utenti/pazienti.
Infatti le recenti norme che di fatto tenderanno a produrre un ampliamento del numero delle farmacie, amplierà questa "rete" determinando un presidio territoriale e strategico unico. Appare evidente che

l'ottimizzazione dei livelli di servizio sanitario regionale e di assistenza passano da una nuova politica di sviluppo dei rapporti di collaborazione con il sistema farmacie.
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 da una parte ha mostrato l'inadeguatezza dello strumento "depliant" a motivare un'azione attiva dell'utente nei confronti di un'attività di prevenzione, ma nello stesso tempo ha evidenziato una fattiva collaborazione di tutte le farmacie a farsi promotrici di salute. I

ll progetto <<*Il contributo della rete delle Farmacie Convenzionate nella promozione della salute - la "Farmacia dei servizi"*>> trae origine dai punti di forza della precedente collaborazione e coinvolge in modo più attivo il sistema farmacie per lo screening del rischio metabolico da Diabete, Ipertensione, Obesità.
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)
- Coinvolgimento delle farmacie: Engaging community pharmacists in the primary prevention of cardiovascular disease…… (Mc Namara K P et Al. BMC Health Serv Res 2010 Sep 7; 10(1):264);
- www.nhs.uk Titolo della Linea Guida:"Community engagement to improve health".

SOSTENIBILITA'

Il progetto verrà implementato previa stipula di un accordo tra le Organizzazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private e la Regione Abruzzo. Il progetto – partendo dall'accesso occasionale al servizio della farmacia da parte del paziente "target" – ha tutte le caratteristiche per diventare con facilità un'azione di sistema in quanto basato su un intervento di opportunità e quindi privo di organizzazione indaginosa che potrebbe non garantire stabilità 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 DISEGUAGLIANZE

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 sanitari 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;
- misurazione del peso;
- misurazione della circonferenza addominale;
- misurazione della glicemia;
- calcolo del BMI.

ATTIVITÀ

1. Incontro preliminare con le Organizzazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private per la presentazione del progetto (razionale, obiettivi, metodi etc.);
2. Predisposizione di uno schema tipo di accordo con le OOSS delle farmacie da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale;
3. Stipula dell'accordo con le farmacie
4. Raccolte delle adesioni delle farmacie interessate a realizzare il progetto
5. Predisposizione del database e del materiale illustrativo e diffusione in tutte le farmacie coinvolte
6. Attivazione dello screening e inserimento dati nel database
7. Analisi dei dati

TARGET	Utenti delle farmacie di età compresa fra 45 e 59 anni			
SETTING	Scuola ☐	Comunità **X**	Ambienti Sanitari ☐	Ambienti di Lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	L'intervento scaturisce da una collaborazione fra la Regione Abruzzo e le Organizzazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private sancita con la stipula di un accordo che ribadisce l'importante ruolo della farmacia dei servizi nelle politiche di prevenzione, mirando all'obiettivo di una co-progettazione di interventi consolidati su evidenza di efficacia e sostenibili.			

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 **INDICATORE SENTINELLA**	0	10%	20%	30%

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITÀ	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) Incontro preliminare con le Organizzazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private per la presentazione del progetto	X	X										
2) Predisposizione di uno schema tipo di accordo con le OOSS delle farmacie da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale	X	X										
3) Stipula dell'accordo con le farmacie	X	X										
4) Raccolte delle adesioni delle farmacie interessate a realizzare il progetto	X	X										
5) Predisposizione del database e del materiale illustrativo e	X	X	X									

diffusione in tutte le farmacie coinvolte												
6) Attivazione dello screening e inserimento dati nel database				X	X	X	X	X	X	X	X	X
7) Analisi dei dati								X				X

ANALISI DEI RISCHI

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

AZIONE n. 9 – "PROMOZIONE DELL'ESERCIZIO FISICO ATTRAVERSO LA CREAZIONE DELLA RETE DI PALESTRE TERRITORIALI"

(obiettivo centrale 1.11)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 ridurne i comportamenti sedentari.

La presente azione prevede la realizzazione di un percorso di collaborazione tra l'ospedale e il territorio, attraverso il quale i soggetti con patologie cronico-degenerative (diabete di tipo 2, ipertensione, obesità e osteoporosi) possano essere accompagnati in maniera adeguata ad un programma di esercizio fisico con il supporto di qualificati professionisti dell'esercizio in palestre certificate.

In particolare presso le palestre che aderiranno al progetto il paziente affetto da una patologia cronica – che spesso ha il timore che un programma di esercizio fisico possa essere controindicato o addirittura aggravare la propria malattia – troverà istruttori, qualificati e formati dai medici di medicina generale coinvolti, in grado di tradurre in pratica le indicazioni del medico tenendo conto della patologia di base.

Il personale delle palestre, laureato in Scienze Motorie / ISEF, sarà specificatamente formato per:

- impostare l'esercizio fisico consigliato dal medico in base alla terapia farmacologica assunta;
- individuare le controindicazioni all'esercizio fisico:
- gestire una eventuale situazione di emergenza.

EVIDENZE DI EFFICACIA

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 DISUGUAGLIANZE

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.

ATTIVITÀ

1. Creazione di un gruppo di lavoro regionale composto da professionisti delle ASL abruzzesi, dei rappresentanti delle OOSS dei Medici di Medicina Generale e delle Università abruzzesi;
2. Definizione di linee guida regionali per la promozione dell'esercizio fisico, sulla base delle linee guida nazionali o internazionali esistenti;
3. Coinvolgimento dei MMG per l'implementazione delle linee guida elaborate
4. Censimento palestre territoriali
5. Incontro con i gestori e gli specialisti dell'esercizio delle palestre. Presentazione del progetto;
6. Formazione personale palestre aderenti
7. Implementazione progetto

TARGET	Personale sanitario operante presso le Aziende ULSS abruzzesi; MMG, gestori delle palestre del territorio			
SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Università, ASL, MMG e palestre del territorio			

INDICATORI DI PROCESSO	**Baseline**	***Valore atteso 2016***	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Elaborazione linee guida regionali per la promozione dell'esercizio fisico	0	X		
n. di MMG che aderiscono al PROGETTO /n. MMG convenzionati **INDICATORE SENTINELLA**	0	10%	20%	30%
Adesione alla rete territoriale palestre (percentuale di palestre aderenti)	0	5%	10%	20%

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITÀ	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) Creazione di un gruppo di lavoro regionale composto da professionisti delle ASL abruzzesi, dei rappresentanti delle OOSS dei Medici di Medicina Generale e delle Università abruzzesi;	X	X										
2) Definizione di linee guida regionali per la promozione dell'esercizio fisico, sulla base delle linee guida nazionali o internazionali esistenti;		X	X									
3) Coinvolgimento dei MMG per l'implementazione delle			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	linee guida elaborate											
4)	Censimento palestre territoriali	X	X									
5)	Incontro con i gestori e gli specialisti dell'esercizio delle palestre. Presentazione del progetto;			X	X							
6)	Formazione personale palestre aderenti					X	X	X	X	X	X	X	X
7)	Implementazione progetto					X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Scarsa risposta dei MMG e del territorio (ridotto numero di palestre disponibili ed idonee all'adesione).

AZIONE n. 10 - "CREAZIONE DI UNA TASK FORCE PEDIATRICA PER L'IMPLEMENTAZIONE E IL MONITORAGGIO DELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE IN ETÀ PEDIATRICA E LA VALUTAZIONE DEGLI OUTCOME: IMPATTO SULLA QUALITÀ DI VITA DI PAZIENTI E FAMIGLIE"

(obiettivi centrali 1.10 – 6.4)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

La prevenzione cardiovascolare e metabolica deve iniziare nell'infanzia. E' noto infatti che i fattori predisponenti all'aterosclerosi hanno origine in età pediatrica e possono quindi essere identificati durante l'infanzia.
Partendo da questi assunti:

- Lo sviluppo e progressione dell'aterosclerosi si correla al numero e all'intensità dei fattori di rischio CV, presenti nell'infanzia
- I fattori di rischio tendono a persistere dall'infanzia alla vita adulta
- Esistono possibilità di prevenzione per la gestione dei fattori di rischio noti.

un programma di prevenzione efficace deve considerare le seguenti componenti:

1. Prevenzione primordiale ossia prevenzione dello stabilirsi dei fattori di rischio
2. Prevenzione primaria ossia riconoscimento e gestione dei bambini con fattori di rischio identificati.

Poiché la riduzione dei fattori di rischio nel bambino riduce il rischio CV nell'adulto, modifiche nei fattori di rischio si traducono in modifiche della prevalenza di CVD nell'età adulta; in età pediatrica Inoltre i programmi di prevenzione hanno maggiore efficacia se erogati da professionisti con specializzazione pediatrica, in particolare se a ciclo di fiducia
È illusorio e non sostenibile da un punto di vista economico arrestare l'aumento dell'incidenza di sindrome metabolica, malattia cardiovascolare e diabete di tipo 2 se si fa prevenzione (in questo caso quasi sempre secondaria) solo in età adulta.
Se si intende realizzare una prevenzione primordiale (su tutta la popolazione) o primaria sui soggetti a rischio, gli interventi sullo stile di vita devono essere focalizzati in età pediatrica.

Nell'ultimo secolo si è verificato un graduale passaggio dal concetto biologico di malattia a quello bio-psicosociale, in accordo con la definizione di stato di salute che secondo l'OMS comprende anche gli aspetti psicologici, sociali e culturali.
L'impatto delle patologie sull'individuo viene conseguentemente considerato attualmente inglobando tutte le variabili componenti della Qualità della Vita (QoL – Quality of live).
La QoL viene valutata anche attraverso l'utilizzazione di questionari generici per la popolazione e specifici per gruppi di soggetti affetti da patologie ben definite. I questionari generici ampiamente applicabili hanno il vantaggio di essere utilizzabili in ampie fasce di popolazione mentre quelli specifici si concentrano sui problemi rilevanti per una specifica condizione, sito o malattia. Ciascuno è adatto per diverse circostanze. I primi consentono il confronto tra persone di gruppi diversi i secondi sono meno adatti allo scopo.
L'analisi costo efficacia e la misurazione (QALY) è attualmente prerogativa di poche scale in età pediatrica e tra queste alcune non sono state ancora validate in italiano.
Inoltre la necessità di codificare l'importanza degli stili di vita per gli interventi sulla popolazione ha portato allo sviluppo di scale in grado di stimare le abitudini al fumo, l'assunzione di alcool, la correttezza dell'alimentazione, l'attività fisica, ecc…
La rilevanza epidemiologica e socio-sanitaria di delle variabili correlate al rischio cardiovascolare è tale che gli interventi sulla popolazione devono essere misurati in termini di QoL e quando possibile di QALY al fine di implementare programmi di prevenzione primaria sulla popolazione misurabili in termini di costo-efficacia.

La disponibilità di una task force di professionisti in grado di realizzare un network di rilevazione degli esiti degli interventi anche in termini di QoL appare dunque strategica sia per il SSN che per il SSR.
Tale risultato presuppone un modello fondato su professionisti con adeguata esperienza circa le modalità di rilevazione, valutazione, follow-up degli interventi, che siano promotori di salute, ma anche misuratori dei propri interventi condotti con metodologie validate.

OBIETTIVI E FINALITÀ

1. Obiettivi epidemiologici:
    a. fotografare la realtà attuale sui fattori di rischio CVD (obesità, ipertensione, diabete, sindrome metabolica, profilo lipidico) nella popolazione pediatrica;
    b. fotografare la realtà attuale degli stili di vita (allattamento al seno, fumo, alcool, attività fisica, abitudini alimentari, uso scorretto di telefonini)
    c. rilevare la Qualità di Vita correlata alla salute attraverso questionari validati e confrontabili a livello nazionale ed internazionale
2. Implementazione di conoscenze basate sull'evidenza (Tabella 1) per un programma integrato di prevenzione cardiovascolare e metabolico in età pediatrica per gli operatori sanitari promotori di salute
3. Elaborazione di linee guida regionali per la prevenzione del rischio cardiovascolare in età pediatrica l'età pediatrica
4. Formazione su metodologie standard
    i. Standard di normalità in età pediatrica;
    ii. Procedura standard di rilevazione;
    iii. Valutazione auxologica e dello stato nutrizionale;
    iv. Utilizzo di scale validate per la realizzazione di survey regionali (fattori di rischio cardiovascolari, depressione, QoL);
5. Valutazione degli stili di vita e della qualità della vita nelle varie fasce di età attraverso questionari validati a livello nazionale ed internazionale comprendenti i seguenti ambiti:
    - abitudini alimentari
    - attività fisica
    - consumo di alcool
    - abitudine al fumo
    - depressione
    - qualità della vita:
        - depressione
        - scale generiche
        - scale che permettano l'analisi QALY
6. definire e validare un pannello di questionari adattabili alla realtà abruzzese
7. Instaurare un network che sia di supporto alla sanità regionali (specialisti, pediatri di libera scelta);
8. Rendere trasferibili e strutturali le infrastrutture, le esperienze professionali e le metodologie utilizzate ad altre esperienze pediatriche di promozione della salute
9. Rilevare i benefici sugli esiti di salute, sulla QoL anche in termini di costo efficacia.

Per l'implementazione dell'azione descritta sono necessarie:

- infrastruttura informatica e multimediale
- manuali/informative anche in formato digitale per pazienti e famiglie
- linee guida regionali per la prevenzione del rischio cardiovascolare e metabolico
- da definire ad opera del gruppo di coordinamento regionale
    - minimum dataset di variabili cliniche ed auxologiche, da includere
    - set di scale di valutazione degli stili di vita e della QoL (a scopo esemplificativo: AUDIT, IPAQ, KIDSCREEN, PEDs-QL, test di Fagerstrom, GYTS, indice KIDMED, EQ-5D-Y, CHU9D)

ATTIVITA'

1) istituzione coordinamento regionale (Servizio Regionale Diabetologia Pediatrica, Società scientifiche pediatriche Regionali, OOSS Pediatria di libera scelta, Dipartimento per la salute e il Welfare);
2) definizione delle scale da utilizzare (per allattamento al seno, stili di vita, depressione, qualità di vita, attività fisica, consumo di frutta e verdure, adesione alla dieta mediterranea, qualità di vita, uso di telefonini) ed eventuale traduzione (standard translation) secondo metodologia standard;

3) individuazione gruppo pilota PLS abruzzesi (nel primo anno arruolare almeno il 15% per ogni ASL (27 pediatri), con incrementi progressivi sino ad arrivare nel secondo anno al 50% (90 pediatri) e nel terzo anno all'80% (144 pediatri) ;
4) formazione iniziale ai PLS aderenti;
5) realizzazione e fase test degli strumenti informatici finalizzati agli scopi
6) validazione sulla popolazione abruzzese di scale non ancora tradotte e validate in italiano
7) periodo di fase pilota: azioni sul 15% popolazione assistita dal gruppo Pls pilota (120 pazienti X 27 PLS);
8) verifica e monitoraggio fase pilota;
9) individuazione criticità e correttivi (work in progress);
10) anni successivi al primo: nel secondo anno azioni sul 30% della popolazione assistita dal 50% dei Pls coinvolti, nel terzo anno azioni sul 45% della popolazione assistita dall'80% dei pediatri coinvolti;
11) misurazione outcome clinici, stili di vita e qualità della vita
12) indice di gradimento famiglie e pazienti

Tabella 1. Da: Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents Summary Report.

Fattori di rischio	**Tabella 5.** Programma integrato di prevenzione cardiovascolare, metabolica e promozione degli stili di vita in età pediatrica					
	0-12 mesi	**1-4 aa**	**5-8 aa**	**9-11 aa**	**12-17 aa**	**18-21 aa**
Storia familiare		A 3 anni vanno individuati i b. con importanti fattori di rischio (CVD precoce)	Aggiornamento ad ogni visita programmata	Rivalutare storia familiare per CVD: M<55 aa; F:<65 aa.	Aggiornamento ad ogni visita programmata	Ripetere anamnesi familiare con il paziente
Tabacco	Mettere in guardia i genitori e assistenza per smettere	Proseguire e stimolare alla cessazione	Prevenzione attiva con il bambino	Prevenzione attiva	Prevenzione attiva → programma di sospensione	Prevenzione attiva → programma di sospensione
Dieta/ nutrizione	Sostenere l'allattamento al seno	L.V dopo i 12 mesi; dopo i 24 mesi latte a basso contenuto di grassi; controllo succhi di frutta (< 120 ml/d)	Rinforzare stili di vita e alimentazione corretta.	Rinforzare stili di vita e alimentazione corretta.	Anamnesi nutrizionale dal bambino; rinforzo alimentazione sana	Rivedere abitudini alimentari con il paziente
Crescita/ sorappeso/ obesità	Rivedere la storia familiare, discutere il trend di crescita e la dieta corretta	Curve di crescita, calcolare il BMI, discutere con i genitori	BMI > 85°c → rinforzo e algoritmo obesità BMI > 95°c → algoritmo obesità	BMI > 85°c → rinforzo e algoritmo obesità BMI > 95°c → algoritmo obesità	BMI > 85°c → rinforzo e algoritmo obesità BMI > 95°c → algoritmo obesità	BMI > 85°c → rinforzo e algoritmo obesità BMI > 95°c → algoritmo obesità
Lipidi	No screening	Profilo lipidico se storia familiare o altri fattori di rischio	Profilo lipidico a digiuno se fattori di rischio o anamnesi familiare +	Profilo lipidico a digiuno		
Pressione Arteriosa	Controlli nei bambini con patologie renali o cardiache	PA a tutti a partire dai 3 anni	PA annualmente se + → algoritmo per ipertensione	PA annualmente se + → discutere con genitori → algoritmo per ipertensione	PA annualmente se + → → discutere con adolescente → algoritmo per ipertensione	PA annualmente se + → discutere con paziente → algoritmo per ipertensione
Attività fisica	Stimolare i genitori alla pratica dell'attività fisica	Incoraggiare il gioco: < 2 ore di «screen»; no TV in camera da letto	Raccomandare attività fisica moderata intensa (MVPA) > 1H/die; MAX 2 ore video/sedentarietà	Anamnesi: attività fisica moderata intensa (MVPA) > 1H/die; MAX 2 ore video/ sedentarietà	Anamnesi: attività fisica moderata intensa (MVPA) > 1H/die; MAX 2 ore video/ sedentarietà	Discutere attività fisica, sedentarietà, tempo davanti a video
Diabete				Glicemia a digiuno ADA		

EVIDENZE DI EFFICACIA

I fattori predisponenti al rischio cardiovascolare in età adulta hanno origine in età pediatrica. Le lesioni ateromatose sono evidenziabili già nell'adolescenza. La progressione delle lesioni anatomiche e funzionali si correlano al numero e all'intensità dei fattori genetici ed ambientali che agiscono durante l'infanzia. Per altro i fattori di rischio presenti in età pediatrica tendono ad essere conservati in età adulta. La prevenzione primaria (prima che si instaurino i fattori di rischio prevenibili) è efficace nella prevenzione dei fattori di rischio noti. (1-3)

EVIDENZE DI SOSTENIBILITÀ

L'impatto economico dell'incremento esponenziale delle malattie non trasmissibili (diabete, malattie cardiovascolari, sindrome metabolica, ipertensione, ecc.. .) non è sostenibile per il SSN e il SSR. L'unica possibilità di sostenibilità è legata alla prevenzione che in età adulta è generalmente secondaria in quanto i suddetti quadri patologici si sono già instaurati, mentre in età pediatrica può essere primaria (prima che si instaurino i fattori di rischio) (4-8)

1) Heart N, NIH, Daniels, Tephen, Benuc Irwin, Christakis D a., et al. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents. Pediatrics [Internet]. 2012 Dec 1;128 Suppl :S213–56. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22084329

2) SIP. OBESITÀ DEL BAMBINO E DELL'ADOLESCENTE: CONSENSUS SU PREVENZIONE, DIAGNOSI E TERAPIA.
3) Pajunen P, Landgraf R, Muylle F, Neumann a, Lindström J, Schwarz PE, et al. Quality indicators for the prevention of type 2 diabetes in Europe--IMAGE. Horm Metab Res [Internet]. 2010;42 Suppl 1:S56–63. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20391308
4) Olaya B, Moneta MV, Pez O, Bitfoi A, Carta MG, Eke C, et al. Country-level and individual correlates of overweight and obesity among primary school children: a cross-sectional study in seven European countries. BMC Public Health [Internet]. 2015;15(1):1–12. Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/475
5) Tuomilehto J, Schwarz P. Primary Prevention of Type 2 Diabetes is Advancing towards the Mature Stage in Europe. Horm Metab Res. 2010 Apr;
6) Paulweber B, Valensi P, Lindström J, Lalic NM, Greaves CJ, McKee M, et al. A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes. Horm Metab Res [Internet]. 2010 Apr;42 Suppl 1:S3–36. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20391306
7) Biro FM, Wien M. Childhood obesity and adult morbidities. Am J Clin Nutr [Internet]. 2010 May [cited 2015 Mar 1];91(5):1499S – 1505S. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2854915&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
8) Pacifico L, Nobili V, Anania C, Verdecchia P, Chiesa C. Pediatric nonalcoholic fatty liver disease, metabolic syndrome and cardiovascular risk. World J Gastroenterol [Internet]. 2011 Jul 14 [cited 2015 Mar 28];17(26):3082–91. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3158407&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

CONTRASTO ALLE DISUGUAGLIANZE

Poiché le finalità contemplano la creazione di expertise e conoscenze metodologiche ed operative per la formazione di operatori sanitari promotori di salute, le risorse professionali, culturali e strutturali generate potranno essere successivamente implementate anche in progetti con target specifici della popolazione pediatrica (ad esempio: gruppi di patologie, ambiti territoriali o socio-economici e culturali di disagio). Gli interventi hanno come popolazione target tutti i bambini che afferiscono presso gli ambulatori pediatrici dei PLS. Gli interventi avranno pertanto carattere universale.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

il network informatico permetterà il monitoraggio continuo del progetto: numero di PLS arruolati, numero di pazienti arruolati, parametri auxologici, nutrizionali, metabolici rilevati e tipologia dei test e delle azioni somministrate ai pazienti per fasce di età ed ai genitori; real-time della verifica della qualità del progetto con applicazione dei correttivi necessari. Le attività di formazione saranno documentate secondo le normative regionali e conseguentemente anche le conoscenze e capacità operative acquisite dai PLS operatori sanitari promotori di salute.

TARGET	Pediatri di Libera Scelta delle quattro province abruzzesi			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari **X**	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Servizio Regionale Diabetologia Pediatrica, Società scientifiche pediatriche Regionali, OOSS Pediatria di libera scelta, Dipartimento per la salute e il Welfare			

INDICATORI DI PROCESSO

INDICATORI DI PROCESSO		**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
n. PLS aderenti/ n. totale PLS		15%	50%	80%
n. pazienti arruolati **INDICATORE SENTINELLA**		3.200	21.000	51.000

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITÀ	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) istituzione coordinamento regionale	X	X										
2) definizione delle scale da utilizzare ed eventuale traduzione (*standard translation*) secondo metodologia standard		X	X									
3) individuazione PLS aderenti		X			X				X			
4) formazione iniziale ai PLS aderenti;			X			X				X		
5) realizzazione e fase test degli strumenti informatici finalizzati agli scopi			X	X								
6) validazione sulla popolazione abruzzese di scale non ancora tradotte e validate in italiano				X								
7) individuazione criticità e correttivi (work in progress);				X	X							
8) misurazione outcome clinici, stili di vita e qualità della vita				X				X				X
9) indice di gradimento famiglie e pazienti				~~X~~				X				X

ANALISI DEI RISCHI

Mancato sviluppo hardware/software in uso ai PLS

Mancata predisposizione web service regionale per il trasferimento dei risultati ottenuti

AZIONE n. 11 - "LA DONAZIONE DEL SANGUE COME STRUMENTO VOLTO AD AUMENTARE IL CONTROLLO SUI PRINCIPALI DETERMINANTI DELLA SALUTE E QUINDI A MIGLIORARE LO STATO GENERALE DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE"

(obiettivi centrali 1.3 –4.1 – 6.3 - 6.4 – 7.4 – 9.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

La salute non deve essere semplicemente intesa come assenza di malattia, ma come una dimensione unitaria che non riguarda soltanto il benessere fisico, ma che coinvolge direttamente anche la sfera psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa dei cittadini e i loro stili di vita.

La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sul proprio stato di salute e di migliorarlo.

Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo (o una comunità) deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte.

Negli ultimi decenni sono avvenuti significativi cambiamenti che hanno riguardato i fattori che hanno influenzato lo stato di salute del nostro Paese, come ad esempio:

- Le crescenti disuguaglianze;
- La mobilità ed i flussi migratori;

- I nuovi modelli di consumo e di comunicazione;
- I modelli di commercializzazione;
- I cambiamenti ambientali a livello globale;
- I modelli di urbanizzazione.

Altri fattori che agiscono sulla salute sono i cambiamenti sociali, economici e demografici rapidi e spesso sfavorevoli che si ripercuotono sulle condizioni lavorative, sui contesti educativi, sui modelli familiari e sul tessuto sociale e culturale delle comunità e che influenzano le condizioni di vita degli uomini e delle donne in modo diverso.

La donazione del sangue costituisce una priorità strategica della programmazione sociale e sanitaria nazionale e regionale, sia perché essa rappresenta un'attività indispensabile per riuscire a dare risposte a bisogni assistenziali complessi, sia perché si basa su una dimensione unitaria del concetto di salute che non riguarda soltanto il benessere fisico, ma che coinvolge direttamente anche la sfera psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa dei cittadini e i loro stili di vita.
L'obiettivo generale del progetto è quello di promuovere la donazione del sangue come strumento volto ad aumentare il controllo sui principali determinanti della salute e quindi a migliorare lo stato generale di salute della popolazione.
Infatti l'obiettivo fondamentale del programma nazionale e regionale della donazione del sangue è quello di costituire una popolazione stabile di donatori "a basso rischio", selezionata attraverso azioni di monitoraggio continuo dello stato di salute e programmi di educazione sanitaria volti a promuovere la consapevolezza dei fattori di rischio e l'adozione di stili di vita a tutela della propria salute e della sicurezza dei pazienti sottoposti a trasfusione di sangue.
Il programma di selezione e controllo dei donatori di sangue si basa sull'adozione di specifiche misure di carattere sanitario e socio-sanitario, quali:

- Azioni di informazione e educazione sanitaria
- Misure di prevenzione primaria (promozione di stili di vita corretti per alimentazione, attività fisica, fumo, alcol, droghe, malattie sessualmente trasmissibili, nei luoghi di lavoro, altro)
- Misure di prevenzione secondaria (diagnosi precoce di ipertensione, malattie cardiovascolari, malattie trasmissibili, diabete, malattie dismetaboliche ad alto rischio, alcuni tumori, malattie ematologiche, altro).

Il progetto scaturisce dalla constatazione dell'importante ruolo dei MMG nella promozione alla donazione del sangue e del relativo inserimento da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale di tale tematica nelle necessità formative dei MMG, anche al fine del controllo sui principali determinanti della salute e quindi per il miglioramento dello stato generale di salute della popolazione.

ATTIVITA'
Il progetto si basa sulla realizzazione di tre azioni principali:

1. *Attività di comunicazione e marketing sociale*
2. *Formazione degli operatori*
3. *Realizzazione di supporti informatici e informativi*

1. Attività di comunicazione e marketing sociale
L'obiettivo di questa azione è quello di progettare ed attuare iniziative innovative di marketing e comunicazione sociale destinate alla promozione della donazione del sangue in alcuni ambiti ritenuti strategici quali le Scuole Medie Superiori e le Facoltà Universitarie, le Strutture sanitarie pubbliche (ospedali, distretti, poliambulatori, etc.), gli Ambulatori dei medici di Medicina Generale ed i Luoghi di lavoro (fabbriche, pubbliche amministrazioni, altri luoghi di lavoro).

2. Formazione degli operatori

L'obiettivo di questa azione è quello di formare gli operatori sanitari ed i MMG sui temi riguardanti la donazione del sangue e degli emocomponenti. In particolare l'attività di formazione sarà rivolta ai seguenti ambiti specifici:

2.1 Conoscenza dei programmi sanitari che riguardano la donazione del sangue.

L'obiettivo di questa azione è quello di formare gli operatori sanitari ed i MMG sui temi legati alla garanzia della qualità ed alla sicurezza della donazione del sangue ed in particolare a:

- I principi fondamentali del volontariato del sangue, la realtà associativa
- Le leggi che regolano le attività in materia trasfusionale
- La sensibilizzazione alla donazione ed agli stili di vita sani
- L'accoglienza e l'accettazione, la relazione con il donatore
- Norme relative alla gestione della documentazione sanitaria
- La cura del donatore prima, durante e dopo il prelievo
- Criteri di idoneità
- Cause di sospensione temporanea e definitiva e gestione del donatore non idoneo
- Le responsabilità del personale medico, del personale infermieristico e del personale di supporto addetto alla raccolta
- La gestione degli eventi avversi
- La responsabilità medico legale
- Elementi di epidemiologia e prevenzione delle malattie trasmissibili con la trasfusione
- I patogeni emergenti e riemergenti
- Algoritmi di gestione del donatore con esami sierologici positivi
- Informazioni post donazione

2.2 Strumenti di comunicazione efficace in ambito sanitario

L'obiettivo di tale azione è quello di fornire gli assunti di base della comunicazione efficace in ambito sanitario, nonché alcuni strumenti operativi indispensabili per l'operatore sanitario al fine di attivare una relazione professionale appropriata e rispondente alle reali motivazioni che spingono la persona a donare e ad assumere corretti stili di vita, in particolare per la prevenzione delle malattie trasmissibili con la trasfusione di sangue. I fondamentali obiettivi di apprendimento del programma sono:

- Identificare i criteri fondamentali di una comunicazione efficace con il candidato donatore.
- Identificare alcune competenze comunicativo-relazionali nella gestione del candidato donatore.
- Individuare le abilità da utilizzare nella relazione professionale con il candidato donatore.
- Applicare un Modello Operativo comunicativo-relazionale per l'assunzione di corretti stili di vita ed in particolare per la prevenzione delle malattie trasmissibili con la trasfusione di sangue.

3. Sviluppo di supporti informativi e informatici

L'obiettivo di tale azione è quello di realizzare di una piattaforma gestionale che consenta il monitoraggio dello stato di salute e gli stili di vita dei donatori di sangue, anche mediante procedure di integrazione informatiche ed informative tra i sistemi gestionali in dotazione alle strutture trasfusionali e quelli in dotazione ai Medici di Medicina Generale.

EVIDENZE DI EFFICACIA

- ***comunicazione*** **-** Le attività di promozione della donazione del sangue verranno sviluppate secondo le più recenti metodologie di marketing e comunicazione sociale applicate nello specifico settore.
- ***formazione*** **-** Il metodo didattico è di tipo interattivo, con interventi teorici integrati da esercitazioni di gruppo, da analisi di casi emblematici, da *role-playing* formativi e da discussione in plenaria. A ciascun partecipante vengono forniti materiale didattico e indicazioni bibliografiche.
- ***sviluppo supporti informativi ed informatici*** **-** La soluzione proposta assicura la piena rispondenza alle esigenze di monitoraggio e verifica dai risultati e degli obiettivi previsti nell'ambito del progetto, in considerazione del fatto che i sistemi gestionali in uso presso i Servizi Trasfusionali e gli ambulatori

dei MMG rilevano in maniera strutturata e diffusa le informazioni di dettaglio relative allo stato di salute ed allo stile di vita dei donatori.

SOSTENIBILITA'

- ***formazione*** **-** 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 di aggiornamento obbligatorio previsto dagli AA.CC.NN.
- ***sviluppo supporti informativi ed informatici*** **-** La rilevazione e il monitoraggio delle evidenze statistiche, anche grazie alle eventuali integrazioni con sistemi utilmente concorrenti da parte dei competenti Servizi Aziendali, garantirà sia la coerenza scientifica delle elaborazioni e dei risultati statistici e sia la certezza e l'esattezza delle fonti informative.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

- ***formazione*** **-** Non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzabili nella programmazione e nel monitoraggio/valutazione dei risultati. La formazione degli operatori sanitari e dei MMG rientra in un aggiornamento obbligatorio soggetto a timbratura. Pertanto la sorveglianza sarà effettuata sulla rilevazione delle presenze agli eventi formativi.
- ***sviluppo supporti informativi ed informatici*** **-** Il progetto prevede appositi automatismi di rilevazione attraverso tecnologie WEB Services tra il sistema di rilevazione centrale delle Aziende Sanitarie ed i gestionali in uso presso i Servizi Trasfusionali e gli ambulatori dei MMG. La fase transitoria sperimentale potrebbe essere avviata coinvolgendo un numero limitato di professionisti ai quali fornire, in via diretta o indiretta, gli strumenti informatici di base atti allo sviluppo/maturazione del web-service (interfaccia regionale).

INDICATORI DI PROCESSO	Baseline	*Valore atteso 2016*	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Proporzione di MMG che partecipano ai corsi di formazione previsti nell'annualità di riferimento **INDICATORE SENTINELLA**	0	30%	60%	70%
Proporzione di MMG che integrano nei propri gestionali la piattaforma predisposta per il monitoraggio dello stato di salute e gli stili di vita dei donatori di sangue	0	10%	30%	60%

TARGET	OPERATORI SANITARI E MMG			
SETTING	Scuola X	Comunità X	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro X
INTERSETTORIALITA'	Centro Regionale Sangue, Agenzia Sanitaria Regionale, ASL, Ufficio Scolastico regionale, OOSS dei MMG della Regione			

CRONOPROGRAMMA DELL'ATTIVITÀ' 2 – FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

ATTIVITÀ	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Predisposizione di un Piano di Formazione come azione che possa concorrere al raggiungimento degli obiettivi		X	X									

centrali previsti												
2) 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	X			X	X
3) Formazione dei formatori				X				X				X
4) Realizzazione degli eventi formativi				X	X	X	X		X	X	X	
5) Monitoraggio delle presenze e valutazione del risultato formativo								X				X

CRONOPROGRAMMA DELL' ATTIVITÀ' 3 - SVILUPPO SUPPORTI INFORMATIVI ED INFORMATICI

ATTIVITÀ	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Istituzione di gruppo regionale di lavoro per la costruzione delle azioni propedeutiche alla progettazione del sistema gestionale.		X	X									
2) Formazione degli operatori sanitari sulla corretta registrazione del dato			X	X			X	X			X	X
3) Avvio di studio pilota sulla raccolta e trasmissione dell'informazione al web-service ad opera di gruppi di lavoro beta-tester			X	X	X							
4) Avvio delle procedure inerenti le "azioni" da rivolgere alla popolazione target					X	X						
5) Avvio a regime della trasmissione delle informazioni							X	X	X	X	X	X
6) Validazione dei risultati da parte del gruppo regionale											X	X

ANALISI DEI RISCHI

La pluralità degli eventi e delle necessità formative presenti nel Piano di Formazione annuale – elaborato dalla Commissione regionale ECM in seno all'Agenzia Sanitaria Regionale - può costituire un ostacolo per l'accoglimento della proposta.

Scarsa risposta all'iniziativa da parte delle Aziende Sanitarie, degli operatori sanitari e dei MMG.

Programma 5. Screening oncologici

OBIETTIVI CENTRALI

1.12. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (**azione n. 1-2-3-4**) .

1.13. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico (**azione n. 4**) .

1.14. Riorientare / avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (**azione n. 5**)

1.15. Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella (**azione n. 6**).

RAZIONALE E DESCRIZIONE DEL PROGRAMMA

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 è stata demandata ad ogni singola ASL la gestione, organizzazione ed erogazione degli screening nell'ambito del territorio di riferimento, precedentemente affidata ad ASL capofila specificatamente individuate.

Nel 2013 sono stati costituiti presso la Direzione Politiche della Salute (ora Dipartimento per la Salute e il Welfare) 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 regionali uniformi. Nello stesso anno, con Decreto del Commissario ad acta n. 100/2013 dell'11.12.2013, la Regione ha approvato le Linee Guida Regionali sugli Screening Oncologici della mammella, colon retto e cervice uterina e disposto la loro implementazione da parte delle Aziende Asl.

Per quanto concerne il test HPV, la Regione Abruzzo – già con la Deliberazione di Giunta Regionale n.1012 del 20 dicembre 2010 di approvazione del Piano regionale di prevenzione 2010-2012 - in linea con la programmazione nazionale concernente il piano nazionale di prevenzione, 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 – approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 84/2013 del 09.10.2013, siccome modificato ed integrato con decreto del Commissario ad acta n. 110/2013 del 11.12.2013- è stato previsto come obiettivo dell'area Prevenzione l'innalzamento delle coperture per ciascuno degli screening, fissando specifici obiettivi di copertura per ciascun anno

Ad oggi tutti e tre i programmi di screening sono attivi presso tutte le Aziende Asl dell'Abruzzo con percentuali di copertura ancora al di sotto della soglia ministeriale prevista.

EVIDENZE DI EFFICACIA

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 (cfr. P.Mantellini "*I costi sociali dello screening mammografico- Una indagine in ambito di sanità pubblica"*- 2015 - 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.

SOSTENIBILITA'

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 disuguaglianze di accesso della popolazione ai Servizi di Prevenzione.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

La fonte per il monitoraggio e la verifica degli indicatori individuati per il Programma sarà la Survey annuale redatta dall'Osservatorio Nazionale Screening , cui la Regione invia periodicamente i dati.

AZIONE n. 1 - "GARANTIRE L'ADEGUATEZZA DELLA FASE DI ARRUOLAMENTO"

(obiettivo centrale 1.12)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

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 criticità nell'aggiornamento 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 DI EFFICACIA

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'Osservatorio Nazionale Screening , 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% della popolazione target per tutti e tre i programmi.

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

TARGET	Popolazione target dei tre screening oncologici regionali	
SETTING	Ambienti sanitari X	Comunità □
INTERSETTORIALITÀ	Amministrazioni Comunali, Aziende ASL, Regione	

CRITICITA'

Tra gli ostacoli principali alla estensione degli inviti ed all'adeguato arruolamento alle attività di screening della popolazione, si evidenzia la difficoltà nell'aggiornamento degli archivi anagrafici. 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.

AZIONE n. 2 - "RIORENTARE LA PREVENZIONE INDIVIDUALE SPONTANEA VERSO I PROGRAMMI DI SCREENING"

(obiettivo centrale 1.12)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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

1. Adozione 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.
2. 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 colorettale: 50-69 anni Screening mammografico: 50-69 anni			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari x	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Cittadini, MMG, Regione e ASL e specialisti ambulatoriali			

AZIONE n. 3 - "MANTENIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE E DELLE ATTIVITÀ DEI GRUPPI DI LAVORO PER LE VARIE FIGURE PROFESSIONALI"

(obiettivo centrale 1.12)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 colorettale
3. Riunioni dei ginecologi colposcopisti coinvolti nello screening cervicale
4. Riunioni dei colonscopisti coinvolti nello screening colorettale
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 colorettale: 50-69 anni, Screening mammografico: 50-69 anni			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari x	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Strutture sanitarie aziendali impegnate negli screening			

AZIONE n. 4 - "COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE NEL PROCESSO DI ARRUOLAMENTO AGLI SCREENING ONCOLOGICI"

(obiettivi centrali 1.12 – 1.13)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

La partecipazione dei MMG per favorire l'adesione dei loro assistiti ai programmi di screening del tumore del colon retto cervice uterina e mammella riveste carattere di primaria importanza per la realizzazione dell'obiettivo dell'innalzamento delle percentuali di copertura. L'attività da espletarsi da parte dei MMG riguarda il counseling ai propri assistiti rientranti nella fascia di età target, anche attraverso la consegna di specifico materiale informativo, al fine del recupero dei non "*responders*" alla chiamata e del successivo reindirizzo ad uno dei centri erogatori di primo livello.

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. Verranno inoltre monitorate le prescrizioni di indagini diagnostiche aventi finalità di prevenzione al difuori dei programmi regionali di screening.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1. Elaborazione Linee guida regionali per regolamentare e limitare la prescrizione da parte dei MMG dei tests diagnostici aventi finalità di prevenzione al difuori dei programmi regionali di screening.
2. Definire un sistema incentivante per i MMG che espletano l'attività di counselling attraverso l'Accordo integrativo regionale
3. Specifica formazione/informazione ad hoc dei MMG
4. Attivazione audit annuali interni alla ASL da parte del Coordinamento aziendale
5. Sviluppo di un sistema di monitoraggio della percentuale di assistiti aderenti per ciascun MMG

TARGET	Popolazione target dei tre screening oncologici regionali	
SETTING	Ambienti sanitari X	Comunità X
INTERSETTORIALITÀ	Regione, Medici di Base	

INDICATORI DI PROCESSO	**Baseline** *(Fonte dati: anno 2014 ONS)*	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
% di persone in età target invitate - screening mammografico (**INDICATORE SENTINELLA**)	64%	75%	85%	100%
% di persone in età target invitate - screening cervice uterina (**INDICATORE SENTINELLA**)	78%	80%	90%	100%
% di persone in età target invitate - screening colon-retto (**INDICATORE SENTINELLA**)	46%	65%	85%	100%
% di persone che hanno aderito				

all'invito sulla popolazione invitata, cervice (**INDICATORE SENTINELLA**)	42%	50%	55%	60%
% di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione invitata, mammella (**INDICATORE SENTINELLA**)	34%	50%	60%	65%
% di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione invitata, colon retto (**INDICATORE SENTINELLA**)	18%	30%	40%	50%

CRONOPROGRAMMA DELLE AZIONI nn. 1-2-3-4

Azioni	**2016**	**2017**	**2018**
Azione 1			
Attività 1:	X	X	
Attività 2:			X
Azione 2			
Attività 1:	X		
Attività 2:		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
Azione 4			
Attività 1:		X	
Attività2	x	x	x
Attività 3	x	x	x
Attività 4	x	x	x
Attività 5		x	x

ANALISI DEI RISCHI DELLE AZIONI nn. 1-2-3-4

- 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.

AZIONE n. 5 - "RIORIENTARE/AVVIARE I PROGRAMMI DI SCREENING PER IL CANCRO DELLA CERVICE UTERINA INTRODUCENDO IL TEST HPV-DNA"

(obiettivo centrale 1.14)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.*

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 approvate, con Decreto del Commissario ad Acta n.100/2013 sono state approvate 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. Le predette Linee Guida prevedono che alle donne di età compresa tra i 30 ed i 64 anni venga 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 venga 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 DI EFFICACIA

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.

SOSTENIBILITÀ

E' stato 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.

Inoltre 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.

Particolare attenzione dovrà essere posta alla valutazione di una centralizzazione dell'esecuzione di tali test in base al numero degli stessi, al fine di ottenere una minimizzazione dei costi da sostenere.

SISTEMI DI SORVEGLIANZA

I sistemi di sorveglianza per lo screening del cervico-carcinoma a livello Nazionale sono l'Osservatorio nazionale screening (ONS), individuato con decreto del ministro della Salute del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, 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.

OBIETTIVO SPECIFICO

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 ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Aziende ASL, operatori degli screening, servizi informatici regionali ed aziendali			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
n.. ASL con programmi attivi con nuovo programma HPV n. ASL/n. totale ASL (**INDICATORE SENTINELLA**)		50%	75%	100%

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2016	2017	2018
1) Formazione operatori dei programmi di screening cervicale (segreterie di screening, ostetriche, ginecologi)	x		
2) Implementazione protocollo e procedure operative relative allo screening con test HPV-DNA da parte delle ASL	x	x	x
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		x	x
4) 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.

AZIONE n. 6 - "IDENTIFICARE PRECOCEMENTE SOGGETTI A RISCHIO EREDO-FAMILIARE PER TUMORE

DELLA MAMMELLA."

(obiettivo centrale 1.15)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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") 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.

La presente azione 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 e dovrà essere implementato in tutte le ASL del territorio.

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 poste come base 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 DISEGUAGLIANZE
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
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

ATTIVITÀ PRINCIPALI
1. Creazione di un tavolo di lavoro istituzionale regionale
   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.
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
4. 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.

TARGET	Popolazione femminile possibilmente a partire da 25 anni			
	Scuola	Comunità	Ambienti sanitari	Ambienti di lavoro

SETTING	☐	☐	x	☐

INDICATORI DI PROCESSO	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Numero di ASL che adottano il percorso organizzativo secondo programmazione regionale / Totale ASL **(INDICATORE SENTINELLA)**	-	-	50%	100%

CRONOPROGRAMMA

Azioni	**2016**	**2017**	**2018**
Attività 1:	x		
Attività 2:	x		
Attività 3:	x	x	x
Attività 4:		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 6. Guida sicura

OBIETTIVI CENTRALI

5.1. Ridurre il numero di decessi per incidente stradale (**azione n. 1-2-3-4**)
5.2. Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale (**azione n. 1-2-3-4**)
5.3. Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida (**azione n. 5-6-7**)

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 nel quadro riepilogativo finale "Obiettivi e Indicatori".

RAZIONALE E 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 Alcologo (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.
Assumere una quantità d'alcol, anche relativamente limitata, può essere molto pericoloso per i conducenti, pertanto in Italia il limite legale di alcolemia alla guida è stato portato, in attuazione della legge 125/2001, **dallo 0,8 allo 0,5 g/L**. Per quanto riguarda i giovani sono stati rilevati comportamenti che vanno tenuti sotto controllo, sia per gli aspetti relativi alla salute che per quelli relativi alla sicurezza stradale, con particolare riferimento a:

- persistente tendenza all'aumento del numero dei consumatori nella fascia di età 18-24 anni, e in particolare fra le ragazze;
- alta percentuale di giovani maschi con comportamenti di ebbrezza, notevolmente superiore alla media, già tra i giovani di 18-19 anni;
- presenza di comportamenti di ebbrezza anche nei giovani al di sotto dei 16 anni, bassa età del primo contatto con l'alcol;
- aumento percentuale di giovani alcoldipendenti in trattamento nei servizi algologici territoriali.

Il rischio di incidente grave è correlato all'aumento del tasso alcolemico: fatto pari ad 1 il rischio di incidente quando si è sobri, cresce a 380 quando il tasso alcolemico è pari o superiore a 1,5 g/l. Con valori compresi tra 0,5 e 0,8 g/l il rischio è 2-10 volte superiore (dato DRUID).
L'allarme sociale è tale che è stato recentemente introdotto il "**reato di omicidio stradale**" per chi causa incidenti stadali mortali in stato di intossicazione da alcol e/o sostanze stupefacenti.
Più allarmante risultano i dati riguardanti il policonsumo di sostanze, anche a causa della difficoltà di reperire dati specifici riguardanti la contemporanea assunzione di alcol ed altre sostanze psicoattive quali amfetamine, cocaina, cannabinoidi, benzodiazepine, oppiacei, analgesici oppioidi nei soggetti che

effettivamente si sono posti alla guida di veicoli a motore trovandosi sotto l'effetto congiunto di alcol e sostanze stupefacenti. A tale riguardo, nel contesto del *Progetto europeo "DRUID"* (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines)1, è stato realizzato uno studio **su conducenti feriti gravemente o deceduti in incidenti stradali** (nel periodo 2006-2011), mediante analisi su campioni di sangue per ricerca della presenza di alcol e altre sostanze psicoattive (amfetamine, cocaina, cannabinoidi, benzodiazepine, oppiacei, analgesici oppioidi). Tra i dati rilevati nello studio vi è anche la percentuale di poliassunzione alcol-droghe nei soggetti feriti e deceduti con percentuali, nelle varie nazioni che hanno partecipato allo studio, variabili tra 13,2 % del Belgio ed il 2,3 % della Lituania ed una percentuale per l'Italia pari al 4,6 %.

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.

Non meno importante risulta l'accertamento dei requisiti visivi ai fini della sicurezza stradale laddove il Decreto del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti del 30/11/2010 ed il Decreto Legislativo n.59 del 18/04/2011 (attuazione delle direttive europee 2006/126/CE e 2009/113/CE), nel modificare i requisiti minimi previsti per il conseguimento, rinnovo o la revisione della patente di guida, prevedono testualmente che *"Dovranno essere valutati con particolare attenzione"* requisiti quali: acutezza visiva, campo visivo, visione crepuscolare, sensibilità all'abbagliamento,sensibilità al contrasto, diplopia e altre funzioni visive. La circolare prot. n.DGPREV/17798-P del 25/07/2011 del Ministero della Salute dettaglia le procedure definite "semplificate" o di "screening" per permettere una rapida individuazione di soggetti che necessitano, eventualmente, di approfondimenti specialistici. Sebbene nella circolare si faccia riferimento a "procedure per la valutazione da parte del medico "monocratico" le stesse indicazioni si estendono, logicamente, alla valutazione in sede di Commissione Medica Locale.

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 sostanze psicoattive 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.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

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.

Target		
Setting	Ambienti di lavoro X	Comunità X
Intersettorialità		

AZIONI DEL PROGRAMMA

1. Promuovere la pratica dell'audit sulla sicurezza delle strade urbane e provinciali caratterizzate da incidentalità ripetuta;
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;
3. Promuovere l'adozione di interventi efficaci per il miglioramento della sicurezza stradale nei comuni con numero di abitanti superiore a 15.000
4. Migliorare la conoscenza nella collettività dei rischi correlati alla sindrome delle apnee ostruttive notturne ed i deficit delle funzioni visive, migliorare la capacità diagnostica in fase precoce dei medici di medicina generale, dei medici competenti e dei medici accertatori monocratici autorizzati al rilascio della certificazione di idoneità alla guida;
5. Promuovere l'uso di dispositivi di trattenuta sui sedili posteriori
6. Migliorare l'efficacia del percorso di restituzione dell'idoneità alla guida ai soggetti con patente sospesa per guida in violazione degli artt. 186 e 187 CdS per uso di alcol e/o sostanze psicoattive, inserendo corsi di informazione / educazione preliminari alla restituzione;
7. Migliorare la consapevolezza in materia di rischi collegati alla guida sotto l'effetto dell'alcol e sostanze psicoattive negli aspiranti guidatori.

AZIONE n. 1 - "PROMUOVERE LA PRATICA DELL'AUDIT SULLA SICUREZZA DELLE STRADE URBANE E PROVINCIALI CARATTERIZZATE DA INCIDENTALITÀ RIPETUTA."

(obiettivo centrale 5.1 – 5.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) costituzione gruppo di coordinamento del programma in ogni ASL e individuazione coordinatore;

2) Individuazione di esperienze di audit sulla sicurezza stradale condotte nella regione (con il coinvolgimento del CRAMOSS);
3) Accordi con le amministrazioni comunali dei comuni capoluogo per la promozione di iniziative di audit;
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;
5) Promozione e sostegno ad iniziative di divulgazione dei risultati a livello regionale e locale.

EVIDENZE DI EFFICACIA

- Pedestrian Safety: a road safety manual for decision-makers and practitioners (WHO, 2013)

SOSTENIBILITÀ

L'azione è finalizzata a migliorare la consapevolezza delle amministrazioni locali rispetto al tema della valutazione come passaggio preliminare alla progettazione

TARGET	Utenti della strada			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	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)			

INDICATORI

Indicatori di processo	**Baseline** (Fonte: atti regionali anno 2013)	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
n. accordi con amministrazioni / comuni capoluogo per la promozione della pratica dell'audit	n.r.	1 accordo	1 accordo	1 accordo

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) Costituzione gruppo di coordinamento del programma in ogni ASL e individuazione coordinatore	X											
2) Individuazione di esperienze di audit sulla sicurezza stradale condotte nella regione (con il coinvolgimento del CRAMOSS);		X										
3) Accordi con le amministrazioni comunali dei comuni capoluogo per la promozione di iniziative di audit			X	X	X	X	X	X	X	X		
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						X	X	X	X	X	X	X
5) Promozione e sostegno ad iniziative di divulgazione dei									X	X	X	X

risultati a livello regionale e locale												

ANALISI DEI RISCHI

Difficoltà di coinvolgimento delle amministrazioni comunali e provinciali (anche per motivi legati a difficoltà finanziarie) e dei Centri di Monitoraggio della sicurezza stradale

AZIONE n. 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."

(obiettivo centrale 5.1 – 5.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 promuoverel'adozione di misure e strutture finalizzate al miglioramento della sicurezza stradale dei ciclisti e dei pedoni nei tratti stradali extraurbani per i quali emerga 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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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;
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;
3) promuovere la valutazione della sicurezza dei tratti stradali extraurbani individuati e la progettazione di soluzioni efficaci

SOSTENIBILITÀ

L'azione si propone di promuovere le attività di valutazione della sicurezza delle strade come attività "ordinarie" ai fini dell'implementazione di soluzioni efficaci

TARGET	Utenti deboli della strada			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	Dipartimenti di Prevenzione; Enti Locali; Associazione Italiana familiari e vittime della strada; ASAPS; ACI; FIAB (Federazione Italiana Amici della Bicicletta); Gruppi di cammino locali			

INDICATORI

Indicatori di processo	**Baseline** (Fonte: atti regionali anno 2013)	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**

n. protocolli di Intesa con Enti proprietari/gestori di strade extraurbane a rischio	n.r.	Almeno 1 accordo

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) stipulare protocolli di intesa con gli enti locali proprietari delle strade individuate			X	X								
2) promuovere la valutazione della sicurezza dei tratti stradali extraurbani individuati e la progettazione di soluzioni efficaci				X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Scarso coinvolgimento delle amministrazioni locali legato soprattutto alla carenza di personale e di risorse finanziarie

AZIONE n. 3 - "PROMUOVERE L'ADOZIONE DI INTERVENTI EFFICACI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA STRADALE NEI COMUNI CON NUMERO DI ABITANTI SUPERIORE A 15.000."

(obiettivi centrali 5.1 – 5.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) Protocolli di Intesa per la promozione dell'audit sulla sicurezza stradale con i comuni non capoluogo >15.000 abitanti;
2) Realizzazione dell'audit sui tratti stradali a rischio con il coinvolgimento dei residenti nelle aree interessate e dei portatori di interesse;
3) Valutazione condivisa dei risultati dell'audit e individuazione delle misure più adeguate in funzione della tipologia di rischio;
4) Recepimento di eventuali contributi dei residenti e dei portatori di interessi;
5) Applicazione delle misure condivise;
6) Valutazione di efficacia

EVIDENZE DI EFFICACIA

Gli interventi di cui si prevede la promozione attraverso l'azione sono quelli per i quali si sono individuate prove di efficacia in letteratura

SOSTENIBILITÀ

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

TARGET	Utenti della strada dei comuni con più di 15.000 abitanti			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	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)			

INDICATORI

Indicatori di processo	**Baseline** (Fonte: atti regionali anno 2013)	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Protocolli di Intesa con comuni non capoluogo > 15.000 abitanti (**INDICATORE SENTINELLA**)	n.r.	Protocolli d'intesa con 20% comuni non capoluogo > 15.000 ab.	Protocolli d'intesa con 40% comuni non capoluogo > 15.000 ab.	Protocolli d'intesa con 60% comuni non capoluogo > 15.000 ab.

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) Protocolli di Intesa per la promozione dell'audit sulla sicurezza stradale con i comuni non capoluogo >15.000 abitanti;					X	X						
2) Realizzazione dell'audit sui tratti stradali a rischio con il coinvolgimento dei residenti nelle aree interessate e dei portatori di interesse							X	X				
3) Valutazione condivisa dei risultati dell'audit e individuazione delle misure più adeguate in funzione della tipologia di rischio;							X	X				
4) Recepimento di eventuali contributi dei residenti e dei portatori di interessi;								X	X			
5) Applicazione delle misure condivise;									X	X	X	X
6) Valutazione di efficacia												X

ANALISI DEI RISCHI

Difficoltà di coinvolgimento delle amministrazioni comunali e dei centri di monitoraggio della sicurezza stradale

AZIONE n. 4 - "MIGLIORARE LA CONOSCENZA NELLA COLLETTIVITÀ DEI RISCHI CORRELATI ALLA SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NOTTURNE ED I DEFICIT DELLE FUNZIONI VISIVE, MIGLIORARE LA CAPACITÀ DIAGNOSTICA IN FASE PRECOCE DEI MMG, DEI MEDICI COMPETENTI E DEI MEDICI ACCERTATORI MONOCRATICI AUTORIZZATI AL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA"

(obiettivi centrali 5.1 – 5.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

La scarsa consapevolezza, in particolare, sui rischi legati alle OSAS (sia per la salute sia per la sicurezza, con particolare riguardo all'entità dei rischi per la sicurezza stradale) e dei deficit delle funzioni visive richiede un intervento di informazione diffusa della collettività, visto che l'incidenza stimata di OSAS 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" della infermità. 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.

SOSTENIBILITÀ

Le attività sono finalizzate a sviluppare conoscenze e competenze destinate a mantenersi nel tempo.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) analisi del bisogno formativo in materia di diagnosi e terapia delle OSAS e deficit delle funzioni visive di medici di medicina generale e medici competenti attraverso la richiesta di compilazione di questionari ad hoc;
2) Elaborazione progetto formativo destinato ai MMG;
3) inserimento del progetto formativo nell'ambito del Piano Formativo dei MMG;
4) realizzazione di uno o più eventi formativi per i MMG nella regione in funzione del numero di partecipanti
5) Elaborazione progetto formativo dedicato ai medici competenti e Medici accertatori monocratici autorizzati al rilascio della certificazione di idoneità alla guida ex art. 119 CdS, D.Lgs. 30 aprile 1992 n. 285 e ss.mm. "Nuovo codice della strada".
6) Realizzazione di uno o più eventi formativi per i medici competenti nella regione, in funzione del numero di partecipanti
7) Elaborazione di materiali informativi sulle OSAS e deficit delle funzioni visive e distribuzione attraverso medici di medicina generale, medici competenti, farmacie, autoscuole
8) Monitoraggio del numero di casi sospetti per OSAS avviati alle strutture sanitarie specializzate attive nella regione da MMG e MC formati

TARGET	Utenti della strada			
SETTING	Scuola ☐	Comunità [X]	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro [X]
INTERSETTORIALITA'	Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, Unità Operative di Medicina Legale, strutture sanitarie ospedaliere ed universitarie specializzate in disturbi respiratori del sonno e delle funzioni visive, Medici competenti, medici di assistenza primaria associazioni di difesa dei diritti dei malati , associazioni di farmacie, associazioni di autoscuole			

INDICATORI

Indicatori di processo	**Baseline** (Fonte: atti regionali anno 2013)	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
n. medici formati (MMG e Medici Competenti) ogni anno (**INDICATORE SENTINELLA**)	0	30	40	50

CRONOPROGRAMMA

	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) analisi del bisogno formativo in materia di diagnosi e terapia delle OSAS e deficit delle funzioni visive di medici di medicina generale e medici competenti attraverso la richiesta di compilazione di questionari ad hoc;	X											
2) Elaborazione progetto formativo destinato ai MMG;	X											
3) inserimento del progetto formativo nell'ambito del Piano Formativo dei MMG		X										
4) realizzazione di uno o più eventi formativi per i MMG nella regione in funzione del numero di partecipanti					X	X	X	X	X	X	X	X
5) Elaborazione progetto formativo dedicato ai medici competenti e Medici accertatori monocratici autorizzati al rilascio della certificazione di idoneità alla guida ex art. 119 CdS, D.Lgs. 30 aprile 1992 n. 285 e ss.mm. "Nuovo codice della strada".	X											
6) Realizzazione di uno o più eventi formativi per i medici competenti nella regione, in funzione del numero di partecipanti		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7) Elaborazione di materiali informativi sulle OSAS e deficit delle funzioni visive e distribuzione attraverso medici di medicina generale, medici competenti, farmacie, autoscuole	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8) Monitoraggio del numero di casi sospetti per OSAS avviati alle strutture sanitarie specializzate attive nella regione da MMG e MC formati					X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Difficoltà di coinvolgimento dei MMG nella formazione

AZIONE n. 5 - "PROMUOVERE L'USO DI DISPOSITIVI DI TRATTENUTA SUI SEDILI POSTERIORI."

(obiettivo centrale 5.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

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.

Si tratta di due aspetti non conosciuti o sottovalutati dalla maggior parte delle persone.

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

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) costituzione gruppo di coordinamento delle attività a livello di ASL
2) Preparazione materiali informativi
3) organizzazione eventi dimostrativi nelle principali città della regione
4) coinvolgimento testimonial per eventi finalizzati alla diffusione dei materiali informativi e al confronto

TARGET	Utenti della strada			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dei DEA delle ASL , Forze di Polizia Associazione italiana familiari e vittime della strada ASAPS (associazione sostenitori amici polizia stradale)			

INDICATORI

Indicatori di processo	**Baseline** (Fonte: atti regionali anno 2013)	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Diffusione materiali informativi nell'ambito di iniziative di sensibilizzazione con il coinvolgimento delle Forze di Polizia	n.r.	1 iniziativa nella regione	1 iniziativa nella regione	2 iniziative nella regione

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) costituzione gruppo di coordinamento delle attività a livello di ASL	X											
2) Preparazione materiali informativi	X	X										
3) organizzazione eventi dimostrativi nelle principali città della regione			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE n. 6 - "MIGLIORARE L'EFFICACIA DEL PERCORSO DI RESTITUZIONE DELL'IDONEITÀ ALLA GUIDA AI SOGGETTI CON PATENTE SOSPESA PER GUIDA IN VIOLAZIONE DEGLI ARTT. 186 E 187 CDS PER USO DI ALCOL E/O SOSTANZE PSICOATTIVE, INSERENDO CORSI DI INFORMAZIONE / EDUCAZIONE PRELIMINARI ALLA RESTITUZIONE."

(obiettivo centrale 5.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Con il precedente PRP erano state elaborate linee di indirizzo regionali per il percorso di restituzione dell'idoneità alla guida ai 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 di percorsi info-educativi per un comportamento più corretto alla guida.
La revisione, che riguarderà sia le procedure di restituzione dell'idoneità alla guida, sia i contenuti e l'organizzazione dei corsi info-educativi già a suo tempo previsti, sarà condotta alla luce dell'esperienza già maturata in altre Regioni.
In particolare, i corsi info-educativi, come indicato nel programma "Guadagnare Salute", saranno a pagamento; i loro contenuti riguarderanno aspetti relativi alle caratteristiche degli incidenti stradali (cause, dinamiche, conseguenze in termini di danno per le persone, oltre che sociale ed economico), ai fattori di rischio connessi alla guida, (con particolare riguardo, oltre che al consumo di alcol, a quello di farmaci e sostanze stupefacenti), al rapporto tra alcol e lavoro dal punto di vista dei rischi e della normativa.
I docenti (operatori delle ASL) saranno preventivamente formati e condivideranno contenuti, materiali e metodologie didattiche, modalità di valutazione, con lo scopo di perseguire il più alto livello possibile di omogeneità sul territorio regionale.
Le linee di indirizzo adottate saranno sottoposte a revisione entro il 2017, al fine di mettere in luce ed affrontare le eventuali criticità emerse nel corso dell'applicazione.

EVIDENZE DI EFFICACIA
Le attività previste si richiamano alle indicazioni del programma "Guadagnare Salute" e dell'European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020- World Health Organization 2012

SOSTENIBILITÀ
Le attività sono destinate ad essere mantenute nel tempo

ATTIVITÀ PRINCIPALI
1) costituzione gruppo di lavoro regionale per la revisione delle esperienze maturate in altre regioni in materia di restituzione dell'idoneità alla guida e l'aggiornamento delle linee di indirizzo
2) formazione degli operatori dei Servizi coinvolti e condivisione di: contenuti, materiali, metodologie didattiche, modalità di valutazione dei corsi info-educativi
3) revisione, aggiornamento e formalizzazione delle linee di indirizzo regionali, comprensive delle indicazioni procedurali per l'implementazione dei corsi info-educativi, e loro pubblicazione sul sito web della Regione
4) recepimento formale delle linee di indirizzo da parte delle ASL, con elaborazione di protocolli aziendali coerenti, e loro pubblicazione sui siti web aziendali
5) attivazione dei corsi info-educativi e applicazione protocolli ASL sui conducenti con violazione art. 186 e 187.
6) revisione delle linee di indirizzo

TARGET	Conducenti che si presentano alla CML per rinnovo/conferma/revisione patente di guida dopo violazione art. 186 e 187 CdS			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Operatori Servizi per le Dipendenze e Dipartimenti di Prevenzione; 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			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline (Fonte: registri di attività Commissioni Mediche Locali anno 2013)	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
N. conducenti con violazione art. 186 e art. 187 CdS con corso info-educativo info-educativo preliminare alla restituzione della patente di guida / totale conducenti con violazione art. 186 e art. 187 valutati / anno x 100 (**INDICATORE SENTINELLA**)	n.r.	10%	30%	70%

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) costituzione gruppo di lavoro regionale per la revisione delle esperienze maturate in altre regioni in materia di restituzione dell'idoneità alla guida e l'aggiornamento delle linee di indirizzo	X											
2) formazione degli operatori dei Servizi coinvolti e condivisione di: contenuti, materiali, metodologie didattiche, modalità di valutazione dei corsi info-educativi		X	X									
3) revisione, aggiornamento e formalizzazione delle linee di indirizzo regionali, comprensive delle indicazioni procedurali per l'implementazione dei corsi info-educativi, e loro pubblicazione sul sito web della Regione	X	X	X	X								
4) recepimento formale delle linee di indirizzo da parte delle ASL, con elaborazione di protocolli aziendali coerenti, e loro pubblicazione sui siti web aziendali				X	X							
5) attivazione dei corsi info-educativi e applicazione protocolli ASL sui conducenti con violazione art. 186.					X	X	X	X	X	X	X	X
6) revisione delle linee di indirizzo								X				

ANALISI DEI RISCHI

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

AZIONE n. 7 - "MIGLIORARE LA CONSAPEVOLEZZA IN MATERIA DI RISCHI COLLEGATI ALLA GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL E SOSTANZE PSICOATTIVE NEGLI ASPIRANTI GUIDATORI."

(obiettivo centrale 5.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Formazione degli insegnati 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 e sostanze psicoattive sulla guida

EVIDENZE DI EFFICACIA

Le attività previste si richiamano alle indicazioni dell'European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020- World Health Organization 2012

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) Costituzione e formazione del team dedicato di operatori del Ser.D. (uno per ogni ASL)
2) Elaborazione del modulo formativo e condivisione con rappresentanti delle autoscuole presenti nel territorio
3) Raccolta delle adesioni
4) Realizzazione di Corsi per istruttori e insegnanti di scuola guida circa gli effetti dell'alcol e delle sostanze psicoattive sulla guida

TARGET	Aspiranti alla acquisizione della patente di guida			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Operatori Servizi ASL per le dipendenze; 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			

INDICATORI

Indicatori di processo	**Baseline** (Fonte: report annuale attività Ser.D.)	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
n. insegnanti-istruttori di scuola guida della regione formati su effetti dell'alcol e delle sostanze psicoattive sulla guida / n. totale insegnanti-istruttori nella regione x 100	. n.r	Modulo formativo condiviso con rappresentanti autoscuole	20%	50%

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) Costituzione e formazione del team dedicato di operatori del Ser.D. (uno per ogni ASL)	X											
2) Elaborazione del modulo formativo e condivisione con rappresentanti delle autoscuole presenti nel territorio		X	X									
3) Raccolta delle adesioni				X	X							
4) Realizzazione di Corsi per istruttori e insegnanti di scuola guida circa gli effetti dell'alcol e delle sostanze psicoattive sulla guida					X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

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.

QUADRO OBIETTIVI SPECIFICI E INDICATORI

	OBIETTIVI GENERALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
O.S.1 : Promuovere la pratica dell'audit sulla sicurezza delle strade urbane e provinciali caratterizzate da incidentalità ripetuta	5.1 ridurre il numero di decessi per incidente stradale 5.2 ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	n. accordi con amministrazioni comuni capoluogo per la promozione della pratica dell'audit	n.r. (Fonte: atti regionali anno 2013)	n. 3 Accordi
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		n. protocolli di Intesa con Enti proprietari/gestori di strade extraurbane a rischio	n.r. (Fonte: atti regionali anno 2013)	Almeno n. 1 Protocollo di Intesa
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		Protocolli di Intesa con comuni non capoluogo > 15.000 abitanti (**INDICATORE SENTINELLA**)	n.r. (Fonte: atti regionali anno 2013)	Protocolli d'intesa con 60% comuni non capoluogo > 15.000 ab.
O.S.4: migliorare la conoscenza nella collettività dei rischi correlati alla sindrome delle apnee ostruttive notturne ed i deficit delle funzioni visive, migliorare la capacità diagnostica in fase precoce dei medici di medicina generale, dei medici competenti e dei medici accertatori monocratici autorizzati al rilascio della certificazione di idoneità alla guida		n. MMG e Medici Competenti formati ogni anno (**INDICATORE SENTINELLA**)	n.r. (Fonte: atti regionali anno 2013)	n. 120 medici formati
		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 trattenuta sui sedili posteriori	5.3 aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	Diffusione materiali informativi nell'ambito di iniziative di sensibilizzazione con il coinvolgimento delle Forze di Polizia 5.3.1 Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	n.r. PASSI 2013: cinture sicurezza posteriori "sempre": 14,3% Casco "sempre": 94%	4 iniziative nella regione 21,45% >95%
O.S. 6: migliorare l'efficacia del percorso di restituzione		n. conducenti con violazione art. 186 e 187		

	OBIETTIVI GENERALI	INDICATORI DI PROGRAMMA	VALORE DI RIFERIMENTO (2013)	VALORE ATTESO PER IL 2018
dell'idoneità alla guida ai soggetti con patente sospesa per guida in violazione degli artt. 186 e 187 CdS per uso di alcol e/o sostanze psicoattive, inserendo corsi di informazione / educazione preliminari alla restituzione		CdS con corso info-educativo info-educativo preliminare alla restituzione della patente di guida / totale conducenti con violazione art. 186 e 187 CdS valutati / anno x 100 (**INDICATORE SENTINELLA**)	n.r. (Fonte: registri di attività Commissioni Mediche Locali anno 2013)	70%
O.S. 7: Migliorare la consapevolezza in materia di rischi collegati alla guida sotto l'effetto dell'alcol e delle sostanze psicoattive negli aspiranti guidatori.		n. insegnanti-istruttori di scuola guida della regione formati su effetti dell'alcol e delle sostanze psicoattive sulla guida / n. totale insegnanti-istruttori nella regione x 100 ---------- 5.3.2 Guida sotto l'effetto dell'alcol	n.r (Fonte: report annuale attività Ser.D.) ---------- 7,5%	50% ---------- 5,25%

Programma 7: Prevenzione degli Infortuni e delle malattie professionali

OBIETTIVI CENTRALI

7.2.Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP (**azione n. 1 – 7 – 8 – 18 – 19 – 21 – 22 – 23 – 24 - 25**)

7.3 Sostenere il ruolo di RLS/RLST e delle bilateralità **(azione n. 2 – 3 – 9 – 13 – 14 – 15 – 26 - 27)**

7.4 Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale **(azioni n. 2 – 3 – 9 – 13 – 14 – 15 – 26 - 27)**

7.5 Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende **(azioni n. 2 – 3 – 9 – 13 – 14 – 15 – 26 - 27)**

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 **(azioni n. 1 – 6 – 10 – 16 – 17)**

7.8 Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit **(azioni n. 1 – 4 – 5 – 11 – 12 – 20 - 28)**

8.9 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione **(azioni n. 24 – 25)**

RAZIONALE E 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 ligamenti.
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.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

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.
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)

EVIDENZE DI EFFICACIA

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.

AZIONE n. 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 "

(obiettivi centrali 7.2 – 7.7 – 7.8)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 rapporteranno al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. n. 81/08.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) Formalizzazione di un coordinamento regionale del programma composto da un referente per ogni ASL;
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;
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;
4) Regolamentazione del funzionamento dei gruppi di coordinamento tecnico e delle loro modalità di raccordo con i coordinamenti nazionali dei due piani di comparto;
5) Formalizzazione e pubblicazione dei regolamenti sul sito web della regione;
6) Adozione dei regolamenti da parte delle ASL e pubblicazione sui siti web aziendali

TARGET	Sistema sanitario			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Operatori di vigilanza del SPSAL della Regione, Dipartimento Regionale Salute e Welfare			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline (Fonte: atti regionali anno 2013)	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Coordinamento regionale del programma e gruppi di coordinamento tecnico dei piani regionali di prevenzione in edilizia e in agricoltura/selvicoltura istituiti ed attivi	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

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Formalizzazione di un coordinamento regionale del programma composto da un referente per ogni ASL;	X											
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;	X											
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;	X											
4) Regolamentazione del funzionamento dei gruppi di coordinamento tecnico e delle loro modalità di raccordo con i coordinamenti nazionali dei due piani di comparto;	X	X										
5) Formalizzazione e pubblicazione dei regolamenti sul sito web della regione;		X										
6) Adozione dei regolamenti da parte delle ASL e pubblicazione sui siti web aziendali			X									

AZIONE n. 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"

(obiettivi centrali 7.3 – 7.4 – 7.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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;
2) Elaborazione di un format regionale di registrazione delle richieste (finalizzato anche al monitoraggio del comparto di provenienza) e delle risposte fornite;
3) produzione di materiali informativi sull'attività e sulle modalità di accesso;
4) diffusione dell'informazione sull'attività attraverso il Comitato regionale di Coordinamento art.7 D.Lgs. 81/08;
5) avvio dell'attività nei SPSAL ;
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

TARGET	Lavoratori e lavoratrici operanti nel territorio regionale			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	▪ 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			

INDICATORI

INDICATORI DI PROCESSO	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018** (Fonte:(report annuale al Comitato Regionale di Coordinamento ex art 7 D.Lgs. 81/08))
Attività di sportello operante in tutti i SPSAL con modalità standardizzate e monitoraggio delle richieste e delle risposte **(INDICATORE SENTINELLA)**	n.r.	Sportello attivo in almeno 2 ASL con risposte ad almeno 50% delle richieste	Sportello attivo in almeno 2 ASL con risposte ad almeno 70% delle richieste	Sportello attivo in tutte le ASL con risposte ad almeno il 90% delle richieste in edilizia. FAQ pubblicate sul web

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
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;	X											
2) Elaborazione di un format regionale di registrazione delle richieste (finalizzato anche al monitoraggio del comparto di provenienza) e delle risposte fornite;	X											
3) produzione di materiali informativi sull'attività e sulle modalità di accesso;		X										

4) diffusione dell'informazione sull'attività attraverso il Comitato regionale di Coordinamento art.7 D.Lgs. 81/08;		X	X									
5) avvio dell'attività nei SPSAL ;			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
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				X				X				X

ANALISI DEI RISCHI

Difficoltà di coinvolgimento dei componenti del Comitato Regionale di Coordinamento
Operatori SPSAL insufficienti per numero

AZIONE n. 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"

(obiettivi centrali 7.3 – 7.4 – 7.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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;
2) Registrazione nell'anagrafe dei nominativi di RLS nominati nelle aziende oggetto di vigilanza, che dovranno essere coinvolti negli interventi;
3) Adozione di un atto formale te che approvi lo schema di Accordo per la promozione e il sostegno del ruolo di RLS e RLST;
4) Stipula di un accordo 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;
5) 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;
6) Garanzia di specifica attività di informazione, assistenza e documentazione riservata a RLS / RLST secondo modalità accessibili, nell'ambito dell'attività generale di informazione e assistenza

TARGET	Lavoratori e lavoratrici operanti nel territorio regionale

	Scuola	Comunità	Ambienti sanitari	Ambienti di lavoro
SETTING	☐	☐	☐	☒
INTERSETTORIALITA'	Operatori SPSAL; RLS, RLST; Parti sociali, bilateralità, Comitato Regionale di coordinamento ex art.7 D.Lgs. 81/08			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2016 (Fonte – provvedimento regionale)	Valore atteso 2017 (Fonte – SPSAL -report annuale)	Valore atteso 2018 (Fonte – SPSAL -report annuale)
Accordo con parti sociali e bilateralità nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento, per promozione e sostegno del ruolo di RLS ed RLST	n.r.	Accordo regionale per il sostegno al ruolo di RLS / RLST formalizzato	n. RLS / RLST formati informati o assistiti / n. richieste di formazione, informazione o assistenza nell'anno 90%	n. RLS / RLST formati informati o assistiti / n. richieste di formazione, informazione o assistenza nell'anno 90%

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
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;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2) Registrazione nell'anagrafe dei nominativi di RLS nominati nelle aziende oggetto di vigilanza, che dovranno essere coinvolti negli interventi;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3) Adozione di un atto formale te che approvi lo schema di Accordo per la promozione e il sostegno del ruolo di RLS e RLST;	X	X	X									
4) Stipula di un accordo 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;	X	X	X									
5) 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;			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6) Garanzia di specifica attività di informazione, assistenza e documentazione riservata a RLS / RLST secondo modalità accessibili, nell'ambito dell'attività generale di informazione e assistenza			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI 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.

AZIONE n. 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"-

(obiettivo centrale 7.8)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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:

- 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
  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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) Revisione ed adeguamento della procedura di vigilanza a cura del Gruppo di Coordinamento Tecnico Regionale del Piano di Prevenzione in Edilizia;
2) Condivisione della procedura con gli operatori SPSAL della regione e recepimento degli eventuali contributi;
3) Condivisione della procedura nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento e recepimento degli eventuali contributi;
4) Adozione formale della procedura a livello regionale e sua pubblicazione nel sito web della Regione;
5) Recepimento della procedura a livello di ASL con pubblicazione sul sito web aziendale;
6) Applicazione della procedura da parte di tutti i SPSAL;
7) Revisione periodica della procedura.

TARGET	Lavoratori del comparto delle costruzioni			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒

INTERSETTORIALITA'	• 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

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2016 (Fonte – Regione e SPSAL)	Valore atteso 2017 (Fonte – SPSAL -report annuale)	Valore atteso 2018 (Fonte – SPSAL -report annuale)
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.r.	Procedura adottata	Procedura applicata in 2 ASL	Procedura applicata in tutte le ASL
	n.r.	Procedura applicata in 1 ASL		

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Revisione ed adeguamento della procedura di vigilanza a cura del Gruppo di Coordinamento Tecnico Regionale del Piano di Prevenzione in Edilizia;	X	X										
2) Condivisione della procedura con gli operatori SPSAL della regione e recepimento degli eventuali contributi;		X										
3) Condivisione della procedura nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento e recepimento degli eventuali contributi;		X										
4) Adozione formale della procedura a livello regionale e sua pubblicazione nel sito web della Regione;		X	X									
5) Recepimento della procedura a livello di ASL con pubblicazione sul sito web aziendale;			X	X								
6) Applicazione della procedura da parte di tutti i SPSAL				X	X	X	X	X	X	X	X	X
7) Revisione periodica della procedura					X				X			

ANALISI 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.

AZIONE n. 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"-

(obiettivo centrale 7.8)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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:

- 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

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) ricognizione bisogni formativi e predisposizione programma formativo;
2) individuazione degli operatori destinatari della formazione e dei docenti;
3) accreditamento ECM;
4) realizzazione di uno o più eventi in più edizioni dislocate nel territorio della regione in funzione del numero di operatori coinvolti.

TARGET	Sistema pubblico di prevenzione			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	• Operatori di vigilanza del SPSAL della regione, operatori delle DTL della regione			

INDICATORI

Indicatori di processo	**Baseline**	**Valore atteso 2016** (Fonte – Regione)	**Valore atteso 2017** (Fonte – Regione)	**Valore atteso 2018** (Fonte – Regione)

n. operatori di vigilanza formati in specifici Corsi di formazione accreditati per tutte le figure professionali operanti nei SPSAL / totale operatori SPSAL nella regione	n.r.	50% operatori SPSAL formati	80% operatori SPSAL formati	100% operatori SPSAL formati

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) ricognizione bisogni formativi e predisposizione programma formativo;	X	X										
2) individuazione degli operatori destinatari della formazione e dei docenti;	X	X										
3) accreditamento ECM;		X										
4) realizzazione di uno o più eventi in più edizioni dislocate nel territorio della regione in funzione del numero di operatori coinvolti.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Mancata adesione delle DTL, anche a seguito di modifiche normative intercorrenti

AZIONE n. 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 "-

(obiettivi centrali 7.7)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) analisi dei bisogni formativi con il coinvolgimento degli enti bilaterali dell'edilizia, degli ordini e dei collegi professionali
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
3) realizzazione di almeno 1 corso per ASL.

TARGET	Lavoratori del comparto delle costruzioni

SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro [X]
INTERSETTORIALITA'	• 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			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2016 (Fonte – Report annuale SPSAL)	Valore atteso 2017 (Fonte – Regione - rendicontazione eventi formativi)	Valore atteso 2018 (Fonte – Regione - rendicontazione eventi formativi)
n. Corsi di formazione (rivolti ad RSPP di imprese del settore delle costruzioni, tecnici dei CPT dell'edilizia, coordinatori per la sicurezza) realizzati	n.r.		2 corsi di formazione realizzati nella regione	2 corsi di formazione realizzati nella regione

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) analisi dei bisogni formativi con il coinvolgimento degli enti bilaterali dell'edilizia, degli ordini e dei collegi professionali	X	X	X									
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			X	X								
3) realizzazione di almeno 1 corso per ASL.					X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Difficoltà di coinvolgimento degli ordini professionali. Mancato rispetto del cronoprogramma a causa del numero ridotto di operatori SPSAL

AZIONE n. 7 - "PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE NEL SETTORE DELLE COSTRUZIONI"-

(obiettivo centrale 7.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 sottonotifica 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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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;
2) diffusione del report attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento;
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 .

TARGET	Lavoratori del comparto delle costruzioni			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	• Operatori SPSAL • Attori aziendali della prevenzione in edilizia (medici competenti, RSPP, RLS) • Organizzazioni sindacali e datoriali del comparto delle costruzioni, enti bilaterali			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2016 (Fonte –Regione e Report annuale SPSAL)	Valore atteso 2017 (Fonte –Regione e Report annuale SPSAL)	Valore atteso 2018 (Fonte –Regione e Report annuale SPSAL)
n. Report regionale dati allegato 3B art. 4 D.Lgs. 81/08	n.r.	1 report regionale dati all. 3B art. 40	1 report regionale dati all. 3B art. 40	1 report regionale dati all. 3B art. 40
n. Corsi di formazione realizzati per medici competenti, RSPP ed RLS operanti nel comparto delle costruzioni	n.r.	1 corso nella regione	1 corso nella regione	2 corsi nella regione

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
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	X	X			X	X			X	X		

	comparto delle costruzioni;												
2)	diffusione del report attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento;		X	X			X	X			X	X	
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 .					X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Difficoltà di coinvolgimento dei componenti del Comitato Regionale di Coordinamento
Numero di operatori SPSAL insufficiente

AZIONE n. 8 - "PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA NEL COMPARTO DELLE COSTRUZIONI"-

(obiettivo centrale 7.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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:

- 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.

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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");
2) ricognizione della letteratura scientifica e delle linee guida emanate in materia di protocolli di sorveglianza sanitaria in edilizia;
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;
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;
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;
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.

TARGET	Lavoratori del comparto delle costruzioni			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro X
INTERSETTORIALITA'	• Operatori sanitari SPSAL • medici competenti • Organizzazioni sindacali e datoriali, enti bilaterali, RLS / RLST , del comparto delle costruzioni			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
n. eventi formativi accreditati destinati a Medici competenti nel comparto delle costruzioni realizzati	n.r.	1 evento nella regione (Fonte –Regione e Report annuale SPSAL)	1 evento nella regione (Fonte –Regione e Report annuale SPSAL)	1 evento nella regione (Fonte –Regione e Report annuale SPSAL)
Materiali informativi su obblighi dei sanitari in materia di notifica e certificazione MP prodotti	n.r.		Materiali informativi pubblicati sui siti delle ASL	Materiali informativi pubblicati sui siti delle ASL
Incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali	n. 4930 malattie professionali denunciate nell'anno			+10% (5423) (Fonte –Flussi INAIL – Regioni)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
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);	X	X										
2) ricognizione della letteratura scientifica e delle linee guida emanate in materia di protocolli di sorveglianza sanitaria in edilizia;	X	X										
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;			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
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;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
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;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Numero di operatori SPSAL insufficiente

AZIONE n. 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"-

(obiettivi centrali 7.3-7.4-7.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) individuazione di possibili partnership nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/08;
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";
3) proposta e condivisione di accordi di collaborazione regionali;
4) stipula di accordi

TARGET	Lavoratori del comparto delle costruzioni			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	Operatori SPSAL, Attori della prevenzione in edilizia, Enti bilaterali dell'edilizia, parti sociali, ordini e collegi professionali, dipartimenti universitari di ingegneria e architettura			

INDICATORI

Indicatori di processo	**Baseline**	**Valore atteso 2016** (Fonte–Regione)	**Valore atteso 2017** (Fonte–Regione)	**Valore atteso 2018** (Fonte–Regione)
Stipulare accordi di collaborazione con gli Enti Bilaterali dell'edilizia, le parti sociali, gli ordini e collegi professionali, i				1 accordo di collaborazione stipulato

dipartimenti universitari	n.r.			

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) individuazione di possibili partnership nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/08;			X	X								
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";			X	X								
3) proposta e condivisione di accordi di collaborazione regionali;					X	X	X					
4) stipula di accordi							X	X	X	X		

ANALISI DEI RISCHI

Difficoltà di coinvolgimento di componenti del Comitato Regionale di Coordinamento e degli ordini e collegi professionali

AZIONE n. 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 "-

(obiettivo centrale 7.7)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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;
2) effettuazione degli interventi nei cantieri con applicazione della procedura regionale;
3) individuazione e controllo dei cantieri di allestimento fiere e spettacoli;

4) controllo sui rischi da sovraccarico biomeccanico in una quota di aziende individuate secondo criteri di priorità;
5) controllo sui rischi da esposizione a cancerogeni in una quota di aziende individuate secondo criteri di priorità;
6) registrazione dei dati relativi alla vigilanza (cantieri e aziende controllati, cantieri sotto il minimo etico monitorati, articoli violati, aspetti relativi alla sorveglianza sanitaria);
7) monitoraggio dell' attività di coordinamento tra enti con funzioni di vigilanza;
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

TARGET	Lavoratori del comparto delle costruzioni			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	▪ 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			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline Anno 2013	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
n. cantieri controllati / n. notifiche anno precedente di cui n. cantieri di allestimento fiere e spettacoli /totale cantieri allestimento fiere e spettacoli **(INDICATORE SENTINELLA)**	12,76% n. 1113 controlli / 8723 notifiche) (Fonte SPSAL – Report annuale)	13% (Fonte SPSAL – Report annuale)	14% (Fonte SPSAL – Report annuale)	15% Di cui 5% dei cantieri di allestimento fiere e spettacoli (Fonte SPSAL – Report annuale)
n. imprese edili controllate per aspetti della sorveglianza sanitaria / totale imprese edili controllate	n.r.	20% (Fonte Report attività Comitato Regionale ex art. 7 D.Lgs. n. 81/08)	40% (Fonte Report attività Comitato Regionale ex art. 7 D.Lgs. n. 81/08)	50% (Fonte Report attività Comitato Regionale ex art. 7 D.Lgs. n. 81/08)
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	I.F. Infortuni gravi per 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) (Fonte: Flussi INAIL – Regione)			I.F. Infortuni gravi: 5,8 ogni 1000 addetti (tutti i settori ATECO esclusa agricoltura) 9,02 ogni 1000 addetti per l'edilizia (Fonte: Flussi INAIL – Regione)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
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;	X			X	X			X	X			X
2) effettuazione degli interventi nei cantieri con applicazione della procedura regionale;				X	X	X	X	X	X	X	X	X
3) individuazione e controllo dei cantieri di allestimento fiere e spettacoli;						X	X			X	X	
4) controllo sui rischi da sovraccarico biomeccanico in una quota di aziende individuate secondo criteri di priorità;							X	X	X	X	X	X
5) controllo sui rischi da esposizione a cancerogeni in una quota di aziende individuate secondo criteri di priorità;							X	X	X	X	X	X
6) registrazione dei dati relativi alla vigilanza (cantieri e aziende controllati, cantieri sotto il minimo etico monitorati, articoli violati, aspetti relativi alla sorveglianza sanitaria);	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7) monitoraggio dell' attività di coordinamento tra enti con funzioni di vigilanza;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
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				X		X		X		X		X

ANALISI DEI RISCHI

Difficoltà di coinvolgimento degli altri organi di vigilanza Numero ridotto di operatori SPSAL

AZIONE n. 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"-

(obiettivo centrale 7.8)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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;
2) Condivisione della procedura con gli operatori SPSAL della regione e recepimento degli eventuali contributi;
3) Condivisione della procedura con le parti sociali e la bilateralità in agricoltura e recepimento degli eventuali contributi;
4) Adozione formale della procedura a livello regionale e sua pubblicazione nel sito web della Regione;
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;
6) Recepimento della procedura a livello di ASL con pubblicazione sul sito web aziendale;
7) Applicazione della procedura da parte di tutti i SPSAL
8) Revisione periodica della procedura ed eventuale recepimento di linee di indirizzo nazionali per l'omogeneità e la trasparenza

TARGET	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	▪ Operatori di vigilanza dei Dipartimenti di Prevenzione, DTL, INAIL ▪ attori delle prevenzione del comparto agricolo ▪ parti sociali, bilateralità agricoltura ▪ Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018

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	n.r.	Procedura regionale formalizzata e pubblicata su sito web della Regione (Fonte sito web Regione)	Procedura pubblicata su sito web della Regione (Fonte sito web Regione)	Procedura pubblicata su sito web della Regione (Fonte sito web Regione)
	n.r.	Procedura regionale pubblicata sui siti web delle ASL (Fonte sito web ASL)	Procedura regionale pubblicata sui siti web delle ASL e applicata (Fonte sito web ASL)	Procedura regionale pubblicata sui siti web delle ASL e applicata (Fonte sito web ASL)

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
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;	X	X										
2) Condivisione della procedura con gli operatori SPSAL della regione e recepimento degli eventuali contributi;			X									
3) Condivisione della procedura con le parti sociali e la bilateralità in agricoltura e recepimento degli eventuali contributi;			X									
4) Adozione formale della procedura a livello regionale e sua pubblicazione nel sito web della Regione;			X	X								
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;			X	X								
6) Recepimento della procedura a livello di ASL con pubblicazione sul sito web aziendale;			X	X								
7) Applicazione della procedura da parte di tutti i SPSAL				X	X	X	X	X	X	X	X	X
8) Revisione periodica della procedura ed eventuale recepimento di linee di indirizzo nazionali per l'omogeneità e la trasparenza				X				X				X

ANALISI DEI RISCHI

Difficoltà di coinvolgimento delle parti sociali
Rallentamento per difficoltà tecniche di pubblicazione sui siti web
Lentezza del recepimento da parte delle ASL

AZIONE n. 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"-

(obiettivo centrale 7.8)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.
La formazione, che sarà organizzata nell'ambito di tale accordo, avrà per oggetto:

- 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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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;
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;
3) predisposizione progetto formativo rivolto ai tecnici della bilateralità in agricoltura e raccolta delle adesioni;
4) realizzazione di una o più edizioni del corso in funzione del numero di adesioni e della distribuzione nel territorio dei soggetti da formare.

TARGET	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	▪ Operatori di vigilanza dei Dipartimenti di Prevenzione, DTL, INAIL ▪ Consulenti delle aziende agricole ▪ Imprese agricole, parti sociali, bilateralità agricoltura			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Operatori di vigilanza delle ASL e operatori della bilateralità in agricoltura formati su indirizzi e	n.r.	Accordo di collaborazione stipulato tra i SPSAL e gli enti bilaterali in agricoltura finalizzato ad azioni di informazione,		

obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Silvicoltura		formazione, assistenza degli attori della prevenzione nelle aziende agricole e dei consulenti per la salute e sicurezza (Fonte Regione)		
	n.r.	n. 1 corso realizzato da operatori SPSAL per tecnici bilateralità in agricoltura (Fonte Regione)	n. 1 corso realizzato da operatori SPSAL per tecnici bilateralità in agricoltura (Fonte Regione)	n. 1 corso realizzato da operatori SPSAL per tecnici bilateralità in agricoltura (Fonte Regione)

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
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;	X	X	X									
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;	X	X	X	X								
3) predisposizione progetto formativo rivolto ai tecnici della bilateralità in agricoltura e raccolta delle adesioni;			X	X								
4) realizzazione di una o più edizioni del corso in funzione del numero di adesioni e della distribuzione nel territorio dei soggetti da formare.					X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Enti bilaterali in agricoltura di recente istituzione. Difficoltà di individuazione

AZIONE n. 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"-

(obiettivi centrali 7.3 – 7.4 – 7.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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;
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;
3) Organizzazione e realizzazione di iniziative sul territorio finalizzate alla divulgazione dei materiali e delle informazioni tecniche e all'implementazione delle novità normative.

TARGET	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	▪ Operatori dei SPSAL ▪ Attori delle prevenzione del comparto agricolo ▪ Parti sociali, bilateralità agricoltura ▪ Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Iniziative finalizzate alla divulgazione di materiali tecnici ed informativi realizzate nell'ambito di accordo di collaborazione con enti bilaterali in agricoltura	n.r.	1 iniziativa regionale (Fonte Regione - report attività Comitato di Coordinamento art. 7 D.Lgs. 81/08)	1 iniziativa regionale (Fonte Regione - report attività Comitato di Coordinamento art. 7 D.Lgs. 81/08)	1 iniziativa regionale (Fonte Regione - report attività Comitato di Coordinamento art. 7 D.Lgs. 81/08)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
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;		X										

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;		X	X									
3) Organizzazione e realizzazione di iniziative sul territorio finalizzate alla divulgazione dei materiali e delle informazioni tecniche e all'implementazione delle novità normative.				X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Numero ridotto di operatori SPSAL

AZIONE n. 14 - "PROMUOVERE E SUPPORTARE LA FORMAZIONE DEI TECNICI DELLA BILATERALITÀ IN AGRICOLTURA, DEI VENDITORI E DEI RIPARATORI DI MACCHINE AGRICOLE"-

(obiettivi centrali 7.3 – 7.4 – 7.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) Raccordo con INAIL regionale, ACMA, enti bilaterali in agricoltura e operatori dei servizi PSAL della Regione;
2) Formalizzazione di un accordo regionale finalizzato all'organizzazione e alla realizzazione di corsi per venditori e riparatori di macchine agricole;
3) Elaborazione dello standard regionale da replicare a livello territoriale a garanzia dell'omogeneità dei contenuti e degli obiettivi formativi;
4) Realizzazione dei corsi

TARGET	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia; riparatori di macchine agricole			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	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)			

INDICATORI

Indicatori di	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso

processo				2018
Iniziative finalizzate alla divulgazione di materiali tecnici ed informativi realizzate nell'ambito di accordo di collaborazione con enti bilaterali in agricoltura	n.r.	Accordo regionale di collaborazione con INAIL – ACMA – enti bilaterali dell'agricoltura formalizzato (Fonte Regione)		
	n.r.		1 corso per venditori e riparatori di macchine agricole attivato nella regione (Fonte Regione - report attività Comitato di Coordinamento art. 7 D.Lgs. 81/08)	1 corso per venditori e riparatori di macchine agricole attivato nella regione (Fonte Regione - report attività Comitato di Coordinamento art. 7 D.Lgs. 81/08)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Raccordo con INAIL regionale, ACMA, enti bilaterali in agricoltura e operatori dei servizi PSAL della Regione;		X	X									
2) Formalizzazione di un accordo regionale finalizzato all'organizzazione e alla realizzazione di corsi per venditori e riparatori di macchine agricole;			X	X								
3) Elaborazione dello standard regionale da replicare a livello territoriale a garanzia dell'omogeneità dei contenuti e degli obiettivi formativi;				X	X							
4) Realizzazione dei corsi						X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Difficoltà di coinvolgimento dei riparatori di macchine agricole e degli enti bilaterali

AZIONE n. 15 - "SUPPORTARE LA FORMAZIONE DEGLI ATTORI AZIENDALI DELLA PREVENZIONE IN AGRICOLTURA, IN COLLABORAZIONE CON LA PARITETICITÀ"-

(obiettivi centrali 7.3 – 7.4 – 7.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 cause e delle dinamiche degli infortuni e degli incidenti

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) Analisi dei bisogni formativi con il coinvolgimento degli enti bilaterali e delle parti sociali in agricoltura;
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;
3) Organizzazione e realizzazione di corsi di formazione secondo lo standard regionale nei territori delle ASL.

TARGET	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro X
INTERSETTORIALITA'	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			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Tecnici della bilateralità consulenti per la salute e sicurezza e RSPP in agricoltura formati	n.r.		2 corsi realizzati nella regione in collaborazione con gli enti bilaterali in agricoltura (Fonte SPSAL)	2 corsi realizzati nella regione in collaborazione con gli enti bilaterali in agricoltura (Fonte SPSAL)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Analisi dei bisogni formativi con il coinvolgimento degli enti bilaterali e delle parti sociali in agricoltura;		X	X									
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;			X	x								
3) Organizzazione e realizzazione di corsi di formazione secondo lo standard regionale nei territori delle ASL.					X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Difficoltà di coinvolgimento degli enti bilaterali e delle parti sociali
Ridotto numero di operatori SPSAL

AZIONE n. 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"-

(obiettivo centrale 7.7)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) Acquisizione dell'anagrafe delle aziende agricole operanti nella Regione e suo aggiornamento;
2) Programmazione, per livello di rischio e priorità di intervento, dell'attività di vigilanza con riferimento all'anagrafe regionale delle aziende agricole;
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;
4) Registrazione dei dati relativi alla vigilanza su supporto informatico;
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.

TARGET	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitar☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	• 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			

INDICATORI

Indicatori di processo (Fonte SPSAL – report annuale)	**Baseline Anno 2013**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
n. interventi di vigilanza e controllo salute e sicurezza nelle aziende agricole in funzione delle dimensioni / anno compresi: - controlli nelle rivendite di macchine e attrezzature agricole - controlli negli allevamenti (**INDICATORE SENTINELLA**)	120 aziende controllate nella regione nel 2013	145 aziende controllate nella regione	174 aziende controllate nella regione	210 aziende controllate nella regione di cui: • 5% delle rivendite di macchine agricole • 10% degli allevamenti

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Acquisizione dell'anagrafe delle aziende agricole operanti nella Regione e suo aggiornamento;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2) Programmazione, per livello di rischio e priorità di intervento, dell'attività di vigilanza con riferimento all'anagrafe regionale delle aziende agricole;			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
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;				X	X	X	X	X	X	X	X	X
4) Registrazione dei dati relativi alla vigilanza su supporto informatico;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
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.					X				X			

ANALISI 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.

AZIONE n. 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 "-

(obiettivo centrale 7.7)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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;
2) Conduzione di inchieste su una quota pari ad almeno l'80% degli infortuni gravi e mortali in agricoltura notificati o

segnalati ai SPSAL,

3) Applicazione del modello Infor.MO nelle attività di inchiesta, ed implementazione dei dati nella piattaforma del sistema di sorveglianza;
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;
5) Diffusione del report attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs. 81/08;
6) Evento regionale finalizzato alla diffusione dei contenuti dei report annuali.

TARGET	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	• 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			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline Anno 2013	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
n. inchieste per infortuni gravi e mortali in agricoltura/ n. infortuni in agricoltura notificati o segnalati ai SPSAL	n.r.	50% (Fonte SPSAL – report annuale)	70% (Fonte SPSAL – report annuale)	80% (Fonte SPSAL – report annuale)
n. infortuni gravi e mortali in agricoltura analizzati secondo il modello INFORMO / totale inchieste per infortuni gravi e mortali in agricoltura	n.r.	80% (Fonte Regione - report annuale sistema di sorveglianza InforMO)	90%(Fonte Regione - report annuale sistema di sorveglianza InforMO)	100% (Fonte Regione - report annuale sistema di sorveglianza InforMO)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
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;	X	X	X									
2) Conduzione di inchieste su una quota pari ad almeno l'80% degli infortuni gravi e mortali in agricoltura notificati o segnalati ai SPSAL,	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3) Applicazione del modello Infor.MO nelle attività di inchiesta, ed implementazione dei dati nella piattaforma del sistema di sorveglianza;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
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;					X				X			

5)	Diffusione del report attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs. 81/08;					X				X			
6)	Evento regionale finalizzato alla diffusione dei contenuti dei report annuali.												X

AZIONE n. 18 - "PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E DELL'EFFICACIA DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA IN AGRICOLTURA"-

(obiettivo centrale 7.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 a rischio, anche grave, 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

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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;
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;
3) Progettazione di eventi formativi secondo uno standard omogeneo su base regionale destinati ai medici competenti di aziende agricole;
4) Accreditamento ECM ;
5) Realizzazione eventi.

TARGET	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	• 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

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline Anno 2013	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
n. Report annuale regionale dati all. 3B art. 40 agricoltura	n.r,	1 report (Fonte Regione)	1 report (Fonte Regione)	1 report (Fonte Regione)
n. Incontri con Medici competenti operanti nel settore dell'agricoltura	n.r.	1 incontro per ASL /anno (Fonte SPSAL – report annuale)	1 incontro per ASL /anno (Fonte SPSAL – report annuale)	1 incontro per ASL /anno (Fonte SPSAL – report annuale)
n. Corsi di formazione ECM per medici competenti in agricoltura	n.r.		1 corso (Fonte Regione)	1 corso (Fonte Regione)
Incremento n. malattie professionali denunciate nell'anno	4930 (Fonte Flussi INAIL – Regioni)			5423 (Fonte Flussi INAIL – Regioni)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
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;		X	X			X	X			X	X	
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;			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3) Progettazione di eventi formativi secondo uno standard omogeneo su base regionale destinati ai medici competenti di aziende agricole;				X	X							
4) Accreditamento ECM ;						X						
5) Realizzazione eventi.							X	X	X	X	X	X

AZIONE n. 19 - "GARANTIRE L'EFFETTUAZIONE DI INCHIESTE PER MALATTIE PROFESSIONALI IN AGRICOLTURA GIUNTE A CONOSCENZA DEI SERVIZI PSAL ALIMENTANDO IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA MALPROF"-

(obiettivo centrale 7.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 sovranotifica 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 sovranotifica 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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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;
2) Conduzione di inchieste su una quota pari ad almeno l'80% delle malattie professionali in agricoltura segnalate o denunciate ai SPSAL;
3) Applicazione del modello MALPROF e implementazione dei dati nella piattaforma del sistema di sorveglianza.;
4) Produzione di report annuale sulle malattie professionali segnalate o denunciate in agricoltura con evidenza dei nessi di causalità emersi;
5) Diffusione del report attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs. 81/2008;
6) Diffusione del contenuto del report annuale in occasione di evento regionale.

TARGET	Lavoratori e lavoratrici operanti nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e zootecnia			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	• 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			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline Anno 2013	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018

n. Inchieste su MP in agricoltura con applicazione modello MalProf e inserimento dei dati nel sistema di sorveglianza nazionale / n. MP agricoltura segnalate o denunciate ai SPSAL	n.r,	60% (Fonte SPSAL – report annuale)	70% (Fonte SPSAL – report annuale)	80% (Fonte SPSAL – report annuale)
n. Report regionale annuale Mal Prof	n.r.		n. 1 Report regionale annuale Mal Prof (Fonte Regione)	n. 1 Report regionale annuale Mal Prof (Fonte Regione)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
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;	X	X	X									
2) Conduzione di inchieste su una quota pari ad almeno l'80% delle malattie professionali in agricoltura segnalate o denunciate ai SPSAL;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3) Applicazione del modello MALPROF e implementazione dei dati nella piattaforma del sistema di sorveglianza.;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4) Produzione di report annuale sulle malattie professionali segnalate o denunciate in agricoltura con evidenza dei nessi di causalità emersi;					X				X			
5) Diffusione del report attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs. 81/2008;					X				X			
6) Diffusione del contenuto del report annuale in occasione di evento regionale.												X

ANALISI DEI RISCHI

Numero ridotto di operatori SPSAL

AZIONE n. 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"-

(obiettivi centrali 7.8)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) Ricognizione bisogni formativi degli operatori dei SPSAL;
2) elaborazione progetto formativo;
3) accreditamento ECM;
4) realizzazione corso di aggiornamento in una o più edizioni in funzione del numero di operatori destinatari.

TARGET	Operatori di vigilanza dei Servizi PSAL			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	• Operatori sanitari SPSAL • Imprese ed enti attivi nella regione, Organizzazioni sindacali e datoriali, enti bilaterali, RLS / RLST , consulenti, medici competenti,, lavoratori e lavoratrici			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline Anno 2013	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
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	n.r.	40% (Fonte Regione - report annuale))	80% (Fonte Regione-report annuale)	100% (Fonte Regione-report annuale)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Ricognizione bisogni formativi degli operatori dei SPSAL;	X	X										
2) elaborazione progetto formativo;		X										
3) accreditamento ECM;			X									
4) realizzazione corso di aggiornamento in una o più edizioni in funzione del numero di operatori destinatari.				X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE n. 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"-

(obiettivi centrali 7.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 nasosinusali) con lo scopo di migliorare i flussi informativi verso i registri regionali (ReNaM – già attivo – e RenaTuNS, in via di attivazione).

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) predisposizione di materiale informativo sulle patologie lavoro correlate, sulle lavorazioni più frequentemente associate e sugli adempimenti dovuti dai medici;
2) diffusione dei materiali informativi e pubblicazione sui siti web delle ASL;
3) progettazione di corso di aggiornamento sui tumori professionali ad alta frazione etiologica e sui Registri regionali attivi;
4) accreditamento ECM;
5) realizzazione di una o più edizioni del corso sul territorio regionale.

TARGET	Medici operanti nel Servizio Sanitario regionale e Medici di patronato			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	• 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			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline Anno 2013	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Materiali informativi su patologie lavoro correlate, lavorazioni più frequentemente	n. r.	Materiali pubblicati	Materiali pubblicati sui siti web delle ASL	Materiali pubblicati sui siti web delle ASL

associate e adempimenti dovuti dai medici pubblicati sui siti web aziendali		sui siti web delle ASL		
n. corsi di formazione - destinati a Medici di Medicina Generale, medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali e medici di patronato - su tumori ad alta frazione eziologica professionale realizzati	n.r.	1 corso nella regione (Fonte Regione)	1 corso nella regione (Fonte Regione)	1 corso nella regione (Fonte Regione)
n. Medici di Medicina Generale, medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali e medici di patronato formati su tumori ad alta frazione eziologica professionale	n. r.	30	30	30
n. malattie professionali denunciate	4930			5423 (+10%) (Fonte: Flussi INAIL-Regioni)

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) predisposizione di materiale informativo sulle patologie lavoro correlate, sulle lavorazioni più frequentemente associate e sugli adempimenti dovuti dai medici;	X	X	X									
2) diffusione dei materiali informativi e pubblicazione sui siti web delle ASL;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3) progettazione di corso di aggiornamento sui tumori professionali ad alta frazione etiologica e sui Registri regionali attivi;			X									
4) accreditamento ECM;				X								
5) realizzazione di una o più edizioni del corso sul territorio regionale.					X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE n. 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"-

(obiettivi centrali 7.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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);
2) elaborazione dei dati su base territoriale;
3) aggregazione dei dati su base regionale e produzione di report annuale;
4) condivisione del report nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento e pubblicazione sul sito web della regione e delle ASL

TARGET	Lavoratrici e lavoratori esposti ed ex esposti a rischi professionali nella regione			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	• 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			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline Anno 2013	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
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-correlato **(INDICATORE SENTINELLA)**	**n.r.**	1 report annuale per ogni ASL	1 report annuale regionale	1 report annuale pubblicato sui siti web della Regione e delle ASL

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
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	X	X			X	X			X	X		

tumori professionali attivi, sistema di sorveglianza delle malattie professionali MalProf);												
2) elaborazione dei dati su base territoriale;		X	X			X	X			X	X	
3) aggregazione dei dati su base regionale e produzione di report annuale;				X				X				X
4) condivisione del report nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento e pubblicazione sul sito web della regione e delle ASL					X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE n. 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"-

(obiettivi centrali 7.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) aumento del numero di operatori abilitati all'inserimento dei dati nel sistema MalProf (almeno 3 operatori per ASL);
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;
3) elaborazione annuale dei dati inseriti e produzione di report;
4) pubblicazione report e diffusione sui siti web delle ASL;
5) condivisione del report nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento;
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.

TARGET	Lavoratrici e lavoratori esposti ed ex esposti a rischi professionali nella regione			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	• 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			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline Anno 2013	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
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	**n.r.**	Report annuale regionale su siti web Regione e ASL (Fonte Sistema di Sorveglianza MalProf)	Report annuale regionale su siti web Regione e ASL (Fonte Sistema di Sorveglianza MalProf)	Report annuale regionale su siti web Regione e ASL (Fonte Sistema di Sorveglianza MalProf)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) aumento del numero di operatori abilitati all'inserimento dei dati nel sistema MalProf (almeno 3 operatori per ASL) ;	X											
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;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3) elaborazione annuale dei dati inseriti e produzione di report;				X				X				X
4) pubblicazione report e diffusione sui siti web delle ASL;					X	X	X	X	X	X	X	X
5) condivisione del report nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento;					X				X			
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.								X				

AZIONE n. 24 - "COSTITUIRE PRESSO IL COR ABRUZZO UN ARCHIVIO DI DATI DI EX ESPOSTI AD AMIANTO RESIDENTI NELLA REGIONE"-

(obiettivi centrali 8.9 – 7.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) ricerca di informazioni su aziende a rischio amianto e casi di patologia asbesto-correlata negli archivi dei SPSAL;
2) attivazione di contatti con INAIL Patronati e associazioni di ex esposti ad amianto e acquisizione degli elenchi nominativi da parte dei SPSAL;
3) registrazione dei nominativi e dei dati relativi agli insediamenti e alle lavorazioni con amianto su supporto informatico e aggiornamento periodico ;
4) acquisizione dell'anagrafe degli assistiti da parte dei SPSAL e/o predisposizione di link con tale anagrafe con aggiornamento periodico;
5) condivisione dell'anagrafe con il COR ;
6) elaborazione dei dati aggregati finalizzata alla costruzione di un "profilo" regionale della pregressa esposizione occupazionale ad amianto per comparti produttivi e lavorazioni;
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.

TARGET	Lavoratrici e lavoratori ex esposti ad amianto residenti nella regione			
SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro X
INTERSETTORIALITA'	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			

INDICATORI

Indicatori di processo	BaselineAnno 2013	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Report regionale sui dati relativi agli ex esposti ad amianto per comparti produttivi e lavorazioni	**n.r.**	Report annuale regionale (Fonte COR - report annuale)	Report annuale regionale (Fonte COR - report annuale)	Report annuale regionale (Fonte COR - report annuale)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) ricerca di informazioni su aziende a rischio amianto e casi di patologia asbesto-correlata negli archivi dei SPSAL;	X	X										
2) attivazione di contatti con INAIL Patronati e associazioni di ex esposti ad amianto e acquisizione degli elenchi nominativi da parte dei SPSAL;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3) registrazione dei nominativi e dei dati relativi agli insediamenti e alle lavorazioni con amianto su supporto informatico e aggiornamento periodico ;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4) acquisizione dell'anagrafe degli assistiti da parte dei SPSAL e/o predisposizione di link con tale anagrafe con aggiornamento periodico;			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5) condivisione dell'anagrafe con il COR ;			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6) elaborazione dei dati aggregati finalizzata alla costruzione di un "profilo" regionale della pregressa esposizione occupazionale ad amianto per comparti produttivi e lavorazioni;				X				X				X
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.								X				

ANALISI DEI RISCHI

Mancata acquisizione dei dati degli archivi INAIL, con conseguente rallentamento della costruzione dell'archivio e minore copertura . Attività di raccolta e registrazione delle informazioni a livello di ASL rallentata a causa del numero insufficiente di operatori.

AZIONE n. 25 - "REALIZZARE LA PRESA IN CARICO E LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEGLI EX ESPOSTI AD AMIANTO SECONDO IL PROTOCOLLO ADOTTATO DAL COORDINAMENTO INTERREGIONALE PISLL"-

(obiettivi centrali 8.9 – 7.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

L'attività di presa in carico e sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto (come per gli ex esposti a tutti i cancerogeni occupazionali) é 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 é 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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) individuazione di un gruppo di coordinamento dell'attività costituito da operatori SPSAL;
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;
3) individuazione delle strutture diagnostiche per gli accertamenti complementari alla visita medica;
4) organizzazione delle procedure di avvio dei soggetti che ne facciano richiesta a corsi di disassuefazione dal fumo;
5) produzione di materiale informativo sull'organizzazione dell'attività, potenzialità ed obiettivi del percorso attivato e nominativi degli operatori di riferimento nei SPSAL;
6) condivisione dei materiali informativi con parti sociali, associazioni degli ex esposti e patronati sindacali, finalizzata alla diffusione delle informazioni;
7) introduzione di specifico codice di esenzione dal ticket per le prestazioni di primo livello;
8) avvio dell'attività a richiesta degli ex esposti;
9) produzione di report annuale riepilogativo dell'attività secondo il formato condiviso nel Progetto CCM Regione Veneto

TARGET	Lavoratrici e lavoratori ex esposti ad amianto residenti nella regione			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	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			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline Anno 2013	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
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	**n.r.**		Report annuale regionale (Fonte Regione)	Report annuale regionale (Fonte Regione)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) individuazione di un gruppo di coordinamento dell'attività costituito da operatori SPSAL;	X											

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;	X											
3) individuazione delle strutture diagnostiche per gli accertamenti complementari alla visita medica;	X											
4) organizzazione delle procedure di avvio dei soggetti che ne facciano richiesta a corsi di disassuefazione dal fumo;	X											
5) produzione di materiale informativo sull'organizzazione dell'attività, potenzialità ed obiettivi del percorso attivato e nominativi degli operatori di riferimento nei SPSAL;	X	X										
6) condivisione dei materiali informativi con parti sociali, associazioni degli ex esposti e patronati sindacali, finalizzata alla diffusione delle informazioni;		X	X									
7) introduzione di specifico codice di esenzione dal ticket per le prestazioni di primo livello;	X											
8) avvio dell'attività a richiesta degli ex esposti;			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9) produzione di report annuale riepilogativo dell'attività secondo il formato condiviso nel Progetto CCM Regione Veneto					X				X			

ANALISI 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

AZIONE n. 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"-

(obiettivi centrali 7.3 – 7.4 – 7.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 nasosinusali, 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 nasosinusali (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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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 canerogeni nelle aziende della regione;
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;
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;
4) Iniziative territoriali di confronto con le imprese dei comparti destinatari degli interventi prioritari;
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

TARGET	Lavoratrici e lavoratori esposti ad agenti cancerogeni professionali			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	Operatori SPSAL, CONTARP INAIL Abruzzo, parti sociali, Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08, attori aziendali della prevenzione			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline Anno 2013	Valore atteso 2016 (Fonte SPSAL - report annuali)	Valore atteso 2017 (Fonte SPSAL - report annuali)	Valore atteso 2018 (Fonte SPSAL -report annuali)
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	n.r.	1 iniziativa nella regione	1 iniziativa nella regione	2 iniziative nella regione

Corsi di formazione per gli attori delle prevenzione dei comparti a maggior rischio realizzati nel territorio	n.r.		1 corso di formazione	1 corso di formazione

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
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 canerogeni nelle aziende della regione;	X											
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;	X	X										
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;		X	X									
4) Iniziative territoriali di confronto con le imprese dei comparti destinatari degli interventi prioritari;			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
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					X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE n. 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"-

(obiettivi centrali 7.3 – 7.4 – 7.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) raccolta ed esame dei materiali divulgativi, tecnici e di indirizzo prodotti a livello nazionale e disponibili nell'ambito della Campagna Europea 2014 – 2015;
2) condivisione dei materiali con le parti sociali nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento;
3) pubblicazione dei materiali sul sito web della Regione;
4) pubblicazione dei materiali sui siti web delle ASL;
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;
6) indagine sui bisogni formativi con il coinvolgimento delle parti sociali ed eventuale organizzazione di eventi formativi

TARGET	Lavoratori e lavoratrici attivi nella regione			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro [X]
INTERSETTORIALITA'	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			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline Anno 2013	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
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 (Fonte Regione)	Materiali informativi condivisi (Fonte Regione)	Materiali informativi condivisi (Fonte Regione)
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.		2 incontri nella regione (Fonte SPSAL - report annuali)	2 incontri nella regione (Fonte SPSAL -report annuali)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) raccolta ed esame dei materiali divulgativi, tecnici e di indirizzo prodotti a livello nazionale e disponibili nell'ambito della Campagna Europea 2014 – 2015;	X	X										
2) condivisione dei materiali con le parti sociali nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento;			X	X								
3) pubblicazione dei materiali sul sito web della Regione;				X	X	X	X	X	X	X	X	X

4) pubblicazione dei materiali sui siti web delle ASL;				X	X	X	X	X	X	X	X	X
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;					X	X	X	X	X	X	X	X
6) indagine sui bisogni formativi con il coinvolgimento delle parti sociali ed eventuale organizzazione di eventi formativi								X	X	X	X	X

AZIONE n. 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"-

(obiettivi centrali 7.8)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) Acquisizione dello strumento standardizzato di valutazione elaborato dal Coordinamento Nazionale del Piano Nazionale di Prevenzione del Rischio SLC / promozione del benessere organizzativo;
2) Condivisione dei contenuti del documento e delle modalità di applicazione in fase di controllo con gli operatori SPSAL della regione;
3) Condivisione nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento delle procedure di controllo e dei criteri di selezione del campione di aziende da controllare;
4) Selezione delle aziende su base territoriale;
5) Interventi di verifica nelle aziende;
6) Report annuale sui risultati delle verifiche territoriali e aggregazione dei dati su base regionale.

TARGET	Lavoratrici e lavoratori attivi			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	• operatori SPSAL • parti sociali, Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08, imprese attive nel territorio regionale			

INDICATORI

Indicatori di processo	**Baseline Anno 2013**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017** (Fonte SPSAL - report annuali)	**Valore atteso 2018** (Fonte SPSAL -report annuali)
n. aziende della regione sottoposte a procedure di verifica secondo Standard di valutazione elaborato dal Coordinamento Nazionale del Piano di	**n.r.**		8 aziende	8 aziende

Prevenzione del rischio da SLC				

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Acquisizione dello strumento standardizzato di valutazione elaborato dal Coordinamento Nazionale del Piano Nazionale di Prevenzione del Rischio SLC / promozione del benessere organizzativo;	X											
2) Condivisione dei contenuti del documento e delle modalità di applicazione in fase di controllo con gli operatori SPSAL della regione;		X										
3) Condivisione nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento delle procedure di controllo e dei criteri di selezione del campione di aziende da controllare;			X									
4) Selezione delle aziende su base territoriale;				X				X				X
5) Interventi di verifica nelle aziende;					X	X	X	X	X	X	X	X
6) Report annuale sui risultati delle verifiche territoriali e aggregazione dei dati su base regionale.									X			X

ANALISI DEI RISCHI

Il rispetto del cronoprogramma è subordinato alla disponibilità dello strumento standardizzato

Programma 8: Casa Sicura

OBIETTIVI CENTRALI

6.1. Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero (**azioni n. 1-2**)

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 (**azioni n. 3-4**)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DEL PROGRAMMA

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 erano rivolte alla prevenzione delle cadute (e delle recidive), assumendo come indicatore il numero di ricoveri per fratture di femore, e comprendevano la valutazione multidimensionale in fase di dimissione, finalizzata ad individuare fattori di rischio connessi allo stato di salute e al trattamento farmacologico in atto al momento dell'incidente; era previsto il coinvolgimento di volontari anziani finalizzato all'accesso presso le abitazioni (per l'individuazione di eventuali pericoli) e al rilascio di indicazioni per la riduzione del rischio di incidente domestico.

Per quanto riguarda invece i bambini, si prevedeva la sistematica informazione dei genitori (attraverso materiale ad hoc) sui rischi e sugli interventi di prevenzione, in occasione degli appuntamenti del calendario vaccinale.

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 è stata completata solo nell'anno 2013, a causa di difficoltà di adesione di una delle quattro AUSL.

La procedura di 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, è stata recepita, ma la mancanza di adesione delle Unità Operative di Ortopedia, alle quali era affidata l'attivazione degli interventi, ne ha ostacolato l'applicazione.

Sono stati avviati, ma non portati a compimento, contatti con le organizzazioni degli anziani inquadrate 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.

Vista la difficoltà di attivazione degli interventi delle UVM, e utilizzando come occasione di promozione della sicurezza nelle abitazioni le richieste di sopralluogo per 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 è rilevata come criticità la scarsa qualità di compilazione delle SDO, ed in particolare l'affidabilità della classificazione dei traumi, e si è deciso di affrontarla 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 15,4% 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 2010 – 2013, indica una prevalenza di poco superiore rispetto al dato nazionale (18,6% vs. 16,4%). 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 4 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 DISEGUAGLIANZE

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.

Target	
Setting	collettività
Intersettorialità	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)

AZIONE n. 1 - "ATTUALIZZARE ED IMPLEMENTARE LA PROCEDURA REGIONALE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEGLI ANZIANI RICOVERATI PER FRATTURA DI FEMORE DA INCIDENTE DOMESTICO"

(obiettivo centrale 6.1)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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)

EVIDENZE DI EFFICACIA

- Linea guida "Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani" (Ministero della Salute- ISS: PNLG, n°13)

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) formalizzazione di un coordinamento regionale del programma composto da un referente per ogni ASL;
2) revisione della procedura di valutazione multidimensionale;
3) consultazione delle UVM, dei servizi IESP, delle UOC di Ortopedia e Traumatologia e recepimento di contributi finalizzati ad una maggiore efficacia della procedura;
4) formalizzazione della procedura, sotto forma di linea di indirizzo regionale per le ASL;
5) recepimento formale della procedura da parte delle ASL;
6) applicazione della procedura

TARGET	Anziani con frattura di femore da incidente domestico			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, delle UOC di ortopedia e traumatologia, dei DEA, dei Distretti Sanitari; Unità di Valutazione Multidimensionale			

INDICATORI

Indicatori di processo	Baseline anno 2013 (Fonte: Report annuale UVM delle ASL)	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
n. anziani con frattura di femore da incidente domestico dimessi e sottoposti a valutazione / totale anziani con frattura di femore da incidente domestico dimessi (**INDICATORE SENTINELLA**)	n. r.	5%	20%	40%

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) formalizzazione di un coordinamento regionale del programma composto da un referente per ogni ASL;	X											
2) revisione della procedura di valutazione multidimensionale;	X	X										
3) consultazione delle UVM, dei servizi IESP, delle UOC di Ortopedia e Traumatologia e recepimento di contributi finalizzati ad una maggiore efficacia della procedura;		X										
4) formalizzazione della procedura, sotto forma di linea di indirizzo regionale per le ASL;			X									
5) recepimento formale della procedura da parte delle ASL;			X									
6) applicazione della procedura			X	X	X	X	X	X	X	X	X	

AZIONE n. 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"

(obiettivo centrale 6.1)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Sulla base delle esperienza avviata 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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) valutazione del bisogno formativo di operatori già formati o di nuovi operatori dei Servizi IESP in materia di incidente domestico
2) organizzazione e realizzazione di eventuali corsi di aggiornamento
3) 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

4) individuazione di un set di dati per la registrazione degli esiti dell'intervento
5) elaborazione di uno strumento informatico per la registrazione degli esiti degli interventi
6) avvio degli interventi nelle abitazioni
7) elaborazione e diffusione, con pubblicazione sui siti web delle ASL, di report annuale regionale sui risultati dell'attività

TARGET	Occupanti di abitazioni che richiedono la valutazione di idoneità igienico-sanitaria			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione (Servizi IESP, Amministrazioni comunali, comunità di immigrati, gruppi di popolazione svantaggiati dal punto di vista socio economico)			

INDICATORI

Indicatori di processo	**Baseline** **anno 2013**	**Valore atteso 2016** (Fonte: report annuale - Servizi IESP)	**Valore atteso 2017** (Fonte: report annuale - Servizi IESP)	**Valore atteso 2018** (Fonte: report annuale - Servizi IESP)
n. abitazioni valutate per la sicurezza / n. abitazioni oggetto di richiesta di idoneità igienico – sanitaria abitate da soggetti in fasce di età a rischio	n.d.	5%	25%	50%

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) valutazione del bisogno formativo di operatori già formati o di nuovi operatori dei Servizi IESP in materia di incidente domestico	X											
2) organizzazione e realizzazione di eventuali corsi di aggiornamento	X	X	X									
3) 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	X											
4) individuazione di un set di dati per la registrazione degli esiti dell'intervento		X	X									
5) elaborazione di uno strumento informatico per la registrazione degli esiti degli interventi			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6) avvio degli interventi nelle abitazioni								X				X

AZIONE n. 3 - "INFORMARE E FORMARE VOLONTARI ANZIANI SUI RISCHI DI INCIDENTE DOMESTICO PER LA DIFFUSIONE DELLE CONOSCENZE TRA PARI"

(obiettivo centrale 6.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

L'azione intende proseguire sulla strada intrapresa di coinvolgimento delle organizzazione degli anziani inquadrate nel sistema del volontariato regionale, formalizzando il Protocollo di intesa già concordato

nel corso del precedente PRP per il coinvolgimento nelle azioni di peer education in materia di sicurezza nelle abitazioni di anziani volontari con competenze tecniche di base.

EVIDENZE DI EFFICACIA

- Linea guida "Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani" (Ministero della Salute- ISS: PNLG, n°13)

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) formalizzazione del Protocollo d'intesa regionale
2) nell'ambito del protocollo di intesa condivisione di un programma di incontri nel territorio della regione per l'informazione e la formazione di volontari ed anziani sui rischi di incidente domestico
3) realizzazione degli incontri nel territorio con partecipazione di operatori dei Servizi IESP
4) raccolta di adesioni da parte di anziani volontari con competenze tecniche di base
5) condivisione a livello territoriale di un programma di interventi di peer education dei volontari, organizzato dalle associazioni aderenti al protocollo di intesa
6) realizzazione del programma
7) iniziative pubbliche congiunte ASL/Organizzazioni aderenti, per la presentazione dei risultati dell'attività

TARGET	Anziani a rischio di incidente domestico			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione (Servizi IESP, organizzazioni di anziani inseriti nel volontariato regionale, organizzazioni sindacali dei pensionati)			

ANALISI DEI RISCHI

Scarso coinvolgimento dei volontari aderenti alle organizzazioni coinvolte

INDICATORI

Indicatori di processo	**Baseline anno 2013** (Fonte: atti regionali)	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Iniziative congiunte pubbliche per presentazione risultati attività	n. r.	Protocollo d'intesa formalizzato	1 Iniziativa pubblica congiunta	1 Iniziativa pubblica congiunta

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) formalizzazione del Protocollo d'intesa regionale	X											
2) nell'ambito del protocollo di intesa condivisione di un programma di incontri nel territorio della regione per l'informazione e la formazione di volontari ed anziani sui rischi di incidente domestico	X	X										
3) realizzazione degli incontri nel territorio con partecipazione di operatori dei Servizi IESP		X	X									
4) raccolta di adesioni da parte di anziani volontari con competenze tecniche di base		X	X									
5) condivisione a livello territoriale di un programma di interventi di peer education dei volontari, organizzato			X	X								

dalle associazioni aderenti al protocollo di intesa												
6) realizzazione del programma				X	X	X	X	X	X	X	X	X
7) iniziative pubbliche congiunte ASL/Organizzazioni aderenti, per la presentazione dei risultati dell'attività								X	X	X	X	X

AZIONE n. 4 - "FORNIRE AI GENITORI INFORMAZIONI SULLA SICUREZZA DELLE ABITAZIONI E INDICAZIONI SULLE MISURE DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI DEI BAMBINI"

(obiettivo centrale 6.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Nel corso del precedente PRP erano stati realizzati opuscoli contenenti questionari /check list sulla sicurezza delle abitazioni rivolti ai genitori dei bambini, da presentare e consegnare in occasione degli appuntamenti per le scadenze vaccinali, richiedendone la compilazione e la successiva restituzione in occasione dei successivi appuntamenti. I tempi di realizzazione si sono prolungati, anche per problemi legati al ritardo nella partecipazione di una delle quattro ASL alle azioni previste. Si prevede quindi di riprendere l'attività, con il coinvolgimento di tutte le ASL. Saranno coinvolti nella diffusione delle informazioni e dei consigli in occasione dei bilanci di salute, con il supporto dei materiali realizzati, anche i Pediatri di Libera Scelta operanti nella regione.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1) garantire che in tutte le ASL vengano coinvolti gli operatori dei centri vaccinali ed i PLS nell'attività di informazione e sensibilizzazione dei genitori con l'uso dei questionari / check list regionali
2) rilevazione di eventuale necessità di supporto per l'organizzazione dell'attività
3) traduzione del questionario /check list nelle lingue principali dei gruppi utilizzati dalle comunità di immigrati presenti localmente
4) stampa degli opuscoli e distribuzione ai centri vaccinali ed ai PLS
5) avvio dell'attività

TARGET	Bambini da 0 a 4 anni residenti nel territorio della regione			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Operatori ASL dei centri vaccinali, Pediatri di Libera Scelta, Famiglie, associazioni di volontariato			

INDICATORI

Indicatori di processo	**Baseline anno 2013** (Fonte: Report Servizi IESP)	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
n. nuovi nati con genitori informati in occasione del primo accesso del calendario vaccinale/ n. totale primi accessi al calendario vaccinale (INDICATORE SENTINELLA)	n.r.	5%	15%	30%

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1) garantire che in tutte le ASL vengano coinvolti gli operatori dei centri vaccinali ed i PLS nell'attività di informazione e sensibilizzazione dei genitori con l'uso dei questionari / check list regionali	X											
2) rilevazione di eventuale necessità di supporto per l'organizzazione dell'attività	X											
3) traduzione del questionario /check list nelle lingue principali		X										

dei gruppi utilizzati dalle comunità di immigrati presenti localmente												
4) stampa degli opuscoli e distribuzione ai centri vaccinali ed ai PLS			X									
5) avvio dell'attività			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Programma 9: Ambiente e salute

OBIETTIVI CENTRALI

7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle Malattie Professionali (MP) (**azione n. 1**)

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 (**azione n. 1**)

8.1 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "salute in tutte le politiche" (**azioni n. 2-3**)

8.2 Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali / salute attraverso il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione e il potenziamento della sorveglianza epidemiologica (**azioni n. 4-5**)

8.3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali (**azione n. 6**)

8.4 Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti (**azione n. 7**)

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 (**azioni n. 8-9-10**)

8.6 Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico (**azioni n. 11**)

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 (**azione n.12**)

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 (**azione n. 13-14**)

8.10 Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione / ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon (**azione n. 15**)

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 (**azione n. 1)**

RAZIONALE E DESCRIZIONE 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 banche 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 endemia 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 9 – "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 specifica (azione n. 2), inserita per il perseguimento dell'obiettivo centrale 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 restante 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.

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.

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 razionale, 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 9, 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 all'obiettivo centrale 8.10, obiettivo specifico 8.10.1, da approntare entro il 2016;
- la procedura integrata di vigilanza sui Fitosanitari di cui all'azione n. 1 (obiettivi centrali 7.8 – 10.1), da approntare nel 2017;
- le linee di indirizzo per la gestione delle problematiche sanitarie legate all'inquinamento ambientale di cui all'azione n. 7 (obiettivo centrale 8.4), pronte nel 2018.

AZIONE n. 1 - "ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE 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 E IN AREE PROTETTE"

(obiettivi centrali 7.2 – 7.8 – 10.1)

RAZIONALE DELL'AZIONE

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.

DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 10, cui si rimanda.

L'azione consiste consiste nell'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", 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.

La fase successiva prevede la programmazione e la 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 specificatamente una sessione durante la quale sarà illustrata la procedura operativa di vigilanza, elaborata ed approvata a livello regionale.

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 7 (vedere obiettivo centrale 7.2).

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 s.m.i. 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.

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.

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. Approvazione delle "Linee di indirizzo per l'attuazione del PAN" e della "Procedura integrata" con Atto/i Regionale/i
5. Pubblicazione della procedura di vigilanza integrata e delle linee di indirizzo regionali sulla pagina web aziendale alla voce amministrazione trasparente e sul sito regionale
6. Programmazione in seno al gruppo tecnico regionale "fitofarmaci" della attività di formazione rivolta agli operatori dei Dipartimento di Prevenzione e dell'ARTA
7. Svolgimento del corso di formazione;
8. 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)
9. 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
10. Elaborazione report dei risultati, con evidenziazione delle criticità e delle eventuali proposte di modifica/ miglioramento
11. Valutazione, 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; evidenziazione delle eventuali criticità e/o congruenze; eventuali proposte di modifica/miglioramento
12. Approvazione con atto regionale delle 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	Operatori del Dipartimento di Prevenzione, lavoratori del settore agricolo, aziende agricole, rivenditori, collettività			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ■	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ■
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regionali, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA Abruzzo, IZSAM			

INDICATORI DI PROCESSO *Fonte: Regione*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Costituzione di gruppo tecnico regionale	Non rilevato	Atto		

"fitosanitari" dedicato all'elaborazione procedure e delle linee di indirizzo PAN		Formale		
Elaborazione di Linee di indirizzo Regionali a cura del gruppo tecnico "Fitosanitari" per l'attuazione del Piano di Azione Nazionale per l'uso dei diserbanti in aree non agricole e in aree protette		Linee di indirizzo		
Elaborazione procedura integrata di vigilanza sui Fitosanitari di cui agli obiettivi centrali 7.8 – 10.1 (**INDICATORE SENTINELLA**)	Non rilevato		X	
Atto/i regionale/i di recepimento "Procedura" e "Linee di indirizzo x l'attuazione PAN"			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	
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 di Prevenzione e ARTA	Non rilevato		X	X
Numero di operatori del dipartimento addetti alla vigilanza fitosanitari formati/ numero di operatori da formare	Non rilevato		60%	100%
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 Dipartimento di Prevenzione	Non rilevato		5% del numero di imprese da controllare nell'ambito del PRA; 4 controlli (1 per ciascuna 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
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 Dipartimento di Prevenzione	Non rilevato		5% del numero di imprese da controllare nell'ambito del PRA; 4 controlli (1 per ciascuna ASL) in aree pubbliche e protette	
Valutazione, da parte del gruppo regionale fitofarmaci, di coerenza tra durata e argomenti della formazione, con i contenuti previsti dal D.Lgs 81/08 ed elaborazione eventuali proposte di modifica/miglioramento		X		
Atto regionale di recepimento eventuali proposte di modifica /miglioramento della formazione destinata ai soggetti obbligati			X	

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016	2017	2018
1) Costituzione di gruppo tecnico regionale "fitosanitari"	X		
2) Elaborazione di Linee di indirizzo Regionali per l'attuazione del Piano di Azione Nazionale circa l'uso corretto e sostenibile dei diserbanti in aree ad uso non agricolo e in aree protette	X		
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		X	
4) Recepimento "Procedura" e "Linee di indirizzo per l'attuazione del PAN"		X	
5) Pubblicazione della procedura di vigilanza integrata e delle linee di indirizzo regionali sulla pagina web aziendale e sul sito regionale		X	
6) Programmazione in seno al gruppo regionale "fitofarmaci " della attività di formazione		X	
7) Svolgimento del corso di formazione rivolto agli operatori dei del Dipartimento di Prevenzione e ARTA		X	
8) Individuazione del numero di aziende agricole nelle quali applicare anche la vigilanza per l'uso dei fitosanitari ; vigilanza sugli usi dei fitofarmaci in aree non agricole e protette (1 controllo per ciascuna ASL)		X	X
9) 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			X
10) Elaborazione report dei risultati, con evidenziazione delle criticità e delle eventuali proposte di modifica/ miglioramento			X
11) Valutazione del contenuto della formazione/aggiornamento ed evidenziazione delle eventuali criticità			X
12) Approvazione delle 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.			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.

AZIONE n. 2 - "ISTITUZIONE E ATTIVAZIONE 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"
AZIONE n. 3 - "ATTIVAZIONE DI UNA RETE IN AMBITO SANITARIO PER L'INTEGRAZIONE AMBIENTE SALUTE"

(obiettivo centrale 8.1)

RAZIONALE AZIONI NN. 2 E 3

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 sarà investito dalla funzione aggiuntiva di indirizzo e promozione dei vari gruppi di lavoro che saranno attivati nel Programma 9 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.

AZIONE n. 2 - "ISTITUZIONE E ATTIVAZIONE 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"

(obiettivo centrale 8.1)

DESCRIZIONE DELL'AZIONE
La costituzione di un Tavolo Tecnico Regionale Integrazione Ambiente Salute – T.R.I.A.S. ha 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) Individuazione di personale in possesso di specificità professionale e competenza in materia, nell'ambito del Dipartimento per la Salute ed il Welfare, del Dipartimento Opere Pubbliche, Governo del Territorio e Politiche Ambientali della Regione, delle ASL, dell'ARTA;
2) Istituzione Tavolo Tecnico Regionale per l'Integrazione Ambiente e Salute (T.R.I.A.S.) interdipartimentale tra Dipartimento per la Salute ed il Welfare e Dipartimento Opere Pubbliche, Governo del Territorio e Politiche Ambientali;
3) Ricognizione dei dati sanitari ed ambientali attinenti le tematiche in esame e produzione di un report di attività elaborato dal Tavolo T.R.I.A.S. quale supporto alle politiche ambientali di miglioramento aria acqua e suolo;
4) Diffusione del report agli Enti interessati e agli stakeholders dei documenti prodotti dal Tavolo Regionale Integrazione Ambiente e Salute;
5) Elaborazione relazione annuale sull'avanzamento del lavoro da parte del Tavolo T.R.I.A.S.

TARGET	Comunità			
SETTING	Scuola	Comunità X	Ambienti sanitari	Ambienti di lavoro
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regione Abruzzo, ASL, ARTA			

INDICATORI DI PROCESSO *Fonte: Regione*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Costituzione del Tavolo Tecnico Regionale per l'Integrazione Ambiente Salute	Non rilevato	Atto formale		
Disponibilità di report del Tavolo T.R.I.A.S.	Non rilevato			Evidenza di un report
Produzione annuale di relazioni del Tavolo T.R.I.A.S quale supporto alla Regione per l'attuazione del Programma (**INDICATORE SENTINELLA**)	Non rilevato	Relazione	Relazione	Relazione

AZIONE n. 3 - "ATTIVAZIONE DI UNA RETE IN AMBITO SANITARIO PER L'INTEGRAZIONE AMBIENTE SALUTE"

(obiettivo centrale 8.1)

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 ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITÀ	ASL, Regione Abruzzo-Dipartimento per la Salute ed il Welfare, MMG, PLS, ASR,			

	IZSAM

INDICATORI DI PROCESSO *Fonte: Regione*	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
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 AZIONI NN. 2 E 3

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Ricognizione istituzioni costituenti il T.R.I.A.S.	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

AZIONE n. 4 - "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"
AZIONE n. 5 - "REALIZZAZIONE DI UNO STUDIO EPIDEMIOLOGICO DI ESPOSIZIONE SU CONTAMINANTI AMBIENTALI CUI SONO ESPOSTI GRUPPI DI POPOLAZIONE (PROGETTO PILOTA SIN DI BUSSI)"

(obiettivo centrale 8.2)

RAZIONALE AZIONI

Azioni nn. 4-5

La riduzione delle esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute è uno dei macrobiettivi più qualificanti del nuovo Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018.

Il raggiungimento di tale obiettivo presuppone la conoscenza di quali siano i determinati 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 DI EFFICACIA

- 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 o f 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 in takes 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 n. 4 - "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"

(obiettivo centrale 8.2)

DESCRIZIONE DELL'AZIONE
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:
   - 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 n. 5 - "REALIZZAZIONE DI UNO STUDIO EPIDEMIOLOGICO DI ESPOSIZIONE SU

CONTAMINANTI AMBIENTALI CUI SONO ESPOSTI GRUPPI DI POPOLAZIONE (PROGETTO PILOTA SIN DI BUSSI)"

(obiettivo centrale 8.2)

DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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

1) 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;
2) 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 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

Attività	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

AZIONE n. 6 - "DEFINIZIONE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI IN TEMA DI VALUTAZIONE INTEGRATA DI IMPATTO SULLA SALUTE"

(obiettivo centrale 8.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITA' PRINCIPALI

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:

1. Attivazione di un Gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione della bozza delle linee di indirizzo;
2. Elaborazione delle linee di indirizzo in tema di valutazione integrata di impatto sulla salute;
3. Adozione delle linee di indirizzo con atto formale regionale

TARGET	operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e di ARTA, Province, Dipartimenti della Regione Abruzzo, SUAP e professionisti del settore			
SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITÀ	Regione, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA, Province, SUAP			

INDICATORI DI PROCESSO Fonte: Regione	**Baseline**	**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

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attivazione di un Gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione della bozza delle linee di indirizzo;		X	X									
Elaborazione delle linee di indirizzo in tema di valutazione integrata di impatto sulla salute;				X	X	X	X	X	X	X	X	
Adozione delle linee di indirizzo con atto formale regionale												X

AZIONE n. 7 - "DEFINIZIONE ATTI DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA GESTIONE DI PROBLEMATICHE (ACCERTATE O PRESUNTE) SANITARIE ATTRIBUIBILI ALL'INQUINAMENTO AMBIENTALE"

(obiettivo centrale 8.4)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITA' PRINCIPALI
1. Costituzione di un Gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione della 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).
2. Elaborazione delle linee di indirizzo da parte del Gruppo tecnico
3. Approvazione delle linee di indirizzo con atto formale della Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare

TARGET	popolazione			
SETTING	Scuola	Comunità	Ambienti sanitari x	Ambienti di lavoro
INTERSETTORIALITÀ	Regione, ASL, ARTA, IZSAM			

Indicatori di processo Fonte: Regione	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Elaborazione linee di indirizzo per la gestione delle problematiche sanitarie legate all'inquinamento ambientale di cui all'obiettivo centrale 8.4 (**INDICATORE SENTINELLA**)	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

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
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	X	X	
Adozione da parte della Regione delle linee guida												X

AZIONE n. 8 - "DEFINIZIONE DI UN CURRICULUM FORMATIVO PER GLI OPERATORI DELLA SALUTE E DELL'AMBIENTE, MMG E PLS SUI TEMI DI INTEGRAZIONE AMBIENTE-SALUTE"
AZIONE n. 9 - "REALIZZAZIONE DI CORSI DI FORMAZIONE PER I FORMATORI" AZIONE n. 10 - "INSERIMENTO DEGLI EVENTI FORMATIVI NEL PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO DEI MMG E PLS

(obiettivo centrale 8.5)

RAZIONALE AZIONI nn. 8-9-10

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

AZIONE n. 8 - "DEFINIZIONE DI UN CURRICULUM FORMATIVO PER GLI OPERATORI DELLA SALUTE E DELL'AMBIENTE, MMG E PLS SUI TEMI DI INTEGRAZIONE AMBIENTE-SALUTE"

(obiettivo centrale 8.5)

DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 con atto formale

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 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Recepimento curriculum formativo da parte della Regione	Non rilevato	documento di recepimento di un curriculum		

AZIONE n. 9 - "REALIZZAZIONE DI CORSI DI FORMAZIONE PER I FORMATORI"

(obiettivo centrale 8.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Corsi di formazione per formatori			Report di almeno un corso per formatori	
% di operatori formati				50%

AZIONE n. 10 - "INSERIMENTO DEGLI EVENTI FORMATIVI NEL PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO DEI MMG E PLS"

(obiettivo centrale 8.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**

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 AZIONI nn. 8-9-10

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attivazione 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		X										
Elaborazione curricula formativi			X									
Recepimento dei curricula formativi da parte della Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute ed il Welfare con atto formale				X	X	X	X	X				
Organizzazione eventi formativi di formatori					X	X	X	X	X	X	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

AZIONE n. 11 - "ADOZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER LA REGIONE ABRUZZO IN TEMA DI COMUNICAZIONE DEL RISCHIO IN MODO STRUTTURATO E SISTEMATICO"

(obiettivo centrale 8.6)

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 diseguaglianza già esistenti.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. Costituzione di un Gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione della bozza delle linee di indirizzo in tema di comunicazione del rischio. 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. Elaborazione di una bozza delle linee di indirizzo in tema di comunicazione del rischio da parte del Gruppo costituito
3. Consultazione mediante pubblicazione on-line sul sito web della Regione Abruzzo – di 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.) sulla Bozza elaborata dal Gruppo di lavoro e definendo la tempistica per gli eventuali contributi alla bozza proposta
4. Adozione delle linee d'indirizzo con atto formale della Regione Abruzzo

TARGET (indicare la fascia di età)	Comunità			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ■	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITÀ	Istituzioni pubbliche (ASL, ARTA, Regione, Province-API, Comuni-ANCI, MMG, PLS, Associazione categoria Giornalisti, Associazioni Ambientaliste, Rappresentanti della Cittadinanza)			

Indicatori di processo *Fonte: Regione*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Elaborazione bozza di linee d'indirizzo	Non rilevato		Elaborazione di bozza di linee di indirizzo	
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 AZIONI nn. 8-9-10

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
Costituzione di un Gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione della bozza delle linee di indirizzo in tema di comunicazione del rischio.			X	X								
Elaborazione di una bozza delle linee di indirizzo in tema di comunicazione del rischio da parte del Gruppo costituito				X	X	X	X					
Consultazione - mediante pubblicazione on-line sul sito web della Regione Abruzzo – di tutti i portatori di interesse sulla Bozza elaborata dal Gruppo di lavoro								X				
Adozione delle linee d'indirizzo con atto formale della Regione Abruzzo												X

AZIONE n. 12 - "POTENZIAMENTO E IMPLEMENTAZIONE 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"

(obiettivo centrale 8.7)

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.

ATTIVITA' SPECIFICHE:

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); integrazione del Gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale con presenza di Settori regionali interessati alle attività di vigilanza
2. Attivazione da parte della Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute e per il Welfare - di un Gruppo tecnico scientifico, comprendente gli ispettori già individuati all'interno delle ASL con atti formali e i rappresentanti ARTA
3. Adozione Piano Regionale dei controlli e verifica attuazione Piano Nazionale dei controlli Regolamenti REACH/CLP
4. Implementazione dei Piani annuali della Regione Abruzzo rispetto all'applicazione dei Regolamenti REACH/CLP con particolare riferimento a sostanze/miscele contenute nei fitosanitari

TARGET	Operatori ASL, ARTA e Funzionari Regione Abruzzo			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	Dipartimenti Regione Abruzzo, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA			

Indicatori di processo *Fonte: Regione*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Atto formale di ridefinizione del Gruppo di Coordinamento regionale	esistente	Atto formale		
Atto formale di istituzione del Gruppo Tecnico – scientifico	n.a.	Atto formale		

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
Rendicontazione da parte delle ASL dei controlli effettuati sui fitosanitari alla competente Autorità Nazionale	n.a.		Rendicontazione di 2 controlli	Rendicontazione di 2 controlli

ANALISI DEI RISCHI

- Partecipazione ARTA.
- Carenza formativa degli operatori.

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
Integrazione del Gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale con presenza di Settori regionali interessati alle attività di vigilanza		x	x	x								
Attivazione, presso il Dipartimento per la Salute e per il Welfare, di un Gruppo tecnico scientifico, comprendente gli ispettori già individuati all'interno delle ASL con atti formali e i rappresentanti ARTA		x	x	x								
Adozione Piano Regionale dei controlli e verifica attuazione Piano Nazionale dei controlli Regolamenti REACH/CLP							X	X	X	X		
Implementazione dei Piani annuali della Regione Abruzzo rispetto all'applicazione dei Regolamenti REACH/CLP con particolare riferimento a sostanze/miscele contenute nei fitosanitari	x	x			x	x			x	x		

AZIONE n. 13 - "FORMARE GLI OPERATORI DEI SERVIZI PUBBLICI SULL'APPLICAZIONE DELLA SICUREZZA CHIMICA UNIFORMANDO NEL CONTEMPO LE ATTIVITÀ DI VIGILANZA REACH/CLP NEL TERRITORIO REGIONALE"

(obiettivo centrale 8.8)

RAZIONALE DELL'AZIONE

L'impiego diffuso di sostanze chimiche in quanto tali, nelle miscele e negli articoli, la complessità della materia e l'intersettorialità che li connota fa si che la formazione e l'informazione su REACH e CLP rivesta un ruolo prioritario tanto per gli operatori di vigilanza tanto 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 delle 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.

ATTIVITA' SPECIFICHE

1. Individuazione 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. Organizzazione di eventi formativi destinati ai formatori degli operatori dei Servizi Pubblici - prevalentemente interessati al controllo delle sostanze /miscele chimiche in genere - sull'applicazione della sicurezza chimica
3. Organizzazione degli eventi di training ECHA/FORUM e dei corsi nazionali in tema di vigilanza REACH/CLP procedendo, eventualmente all'accreditamento per le figure professionali

TARGET (indicare la fascia di età)	Operatori ASL, ARTA e Funzionari Regione Abruzzo			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro
INTERSETTORIALITÀ	Dipartimenti Regione Abruzzo, Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ARTA			

INDICATORI DI PROCESSO *Fonte: Regione*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Evento formativo di ricaduta di corsi/eventi nazionali (a)		x	x	x
Corso di formazione nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche				1 evento

(a) trattandosi di formazione a cascata, gli eventi seguiranno nel tempo le iniziative di ECHA e/o Ministeriali

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Individuazione dei Servizi pubblici esistenti sul territorio che hanno competenze istituzionali in tema di controllo sulle sostanze chimiche				X								
Organizzazione di eventi formativi destinati ai formatori degli operatori dei Servizi Pubblici - prevalentemente interessati al controllo delle sostanze /miscele chimiche in genere - sull'applicazione della sicurezza chimica								X				
Organizzazione degli eventi di training ECHA/FORUM e dei corsi nazionali in tema di vigilanza REACH/CLP												X

AZIONE n. 14 - "SUPPORTARE ED ASSISTERE LE IMPRESE ED I LORO RESPONSABILI DEI SERVIZI DI PREVENZIONE E PROTEZIONE ED AMBIENTALI INTERESSATI ALL'USO E ALLA GESTIONE DELLE SOSTANZE CHIMICHE"

(obiettivo centrale 8.8)

La 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 e costante aggiornamento 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 ☐	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 *Fonte: Regione*	**Baseline**	**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

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
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					X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzazione e aggiornamento di una pagina web informativa in materia di REACH/CLP/sostanze chimiche sul sito della Regione			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sperimentazione con azione pilota di uno sportello informativo presso almeno una ASL, rivolto alla popolazione e al mondo imprenditoriale									X	X	X	X

AZIONE n. 15 - "APPROVAZIONE DI LINEE GUIDA PER ORIENTARE I REGOLAMENTI EDILIZI IN CHIAVE ECO-COMPATIBILE, ECOSOSTENIBILE E ORIENTATI AL CONTENIMENTO DEL RISCHIO RADON"

(obiettivo centrale 8.10)

RAZIONALE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITA' PRINCIPALI

1. La Regione Abruzzo 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. Il Gruppo è costituito da referenti individuati nel Dipartimento per la Salute e per il Welfare, 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 *Fonte: Regione*	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Elaborazione linee guida regionali per orientare i regolamenti edilizi in chiave ecocompatibile, ecosostenibile e orientati al contenimento del rischio radon, e atto formale delle linee guida elaborate **(INDICATORE SENTINELLA)**	Non rilevato		Atto formale di adozione da parte della Regione delle 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

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Istituzione Gruppo di Coordinamento Regionale per l'elaborazione di linee guida regionali per orientare i regolamenti edilizi in chiave ecocompatibile		x										
Elaborazione di linee guida regionali per orientare i regolamenti edilizi in chiave ecocompatibile, ecosostenibile e orientati al contenimento del rischio radon			X	X	X							
Atto formale di adozione da parte della Regione delle linee guida elaborate					X							

Programma 10: Promozione della sicurezza alimentare e nutrizionale

OBIETTIVI CENTRALI

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 del'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura (**azione n. 1**);

10.3 - Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario (**azione n. 2**);

10.5 – Gestire le emergenze relative alla sicurezza alimentare (epidemiche e non) e gli eventi straordinari **(azione n. 3);**

10.7 – Assicurare una appropriata capacità d laboratorio della rete dei laboratori pubblici **(azione n. 4);**

10.9 Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache **(azione n. 5);**

10.10 – Ridurre i disordini da carenza iodica **(azione n. 6);**

10.11 – Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale **(azione n. 7);**

10.12 – Realizzare gli audit previsti dall'art. 4, paragrafo 6 del Regolamento CE 882/2004 **(azione n. 7).**

AZIONE n. 1 "ADOZIONE DI PIANI 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"

(obiettivo centrale 10.1)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 DI EFFICACIA

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 proporzionati 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.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Report regionale

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

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[1]).
- 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.

[1] PRIC = Piano Regionale Integrato di Controllo

ATTIVITÀ PRINCIPALI

L'esigenza primaria è quella di coordinamento unitario delle attività di controllo ufficiale che coinvolgono vari attori.

Le attività da porre in essere sono:

1. **Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico del PRIC;**
   a) Convocazione e riunione dei rappresentanti dei soggetti istituzionali coinvolti
   b) Individuazione dei componenti del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico (un rappresentante per ciascuno dei soggetti istituzionali coinvolti)
   c) Nomina ufficiale dei componenti del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico
2. **Ricognizione iniziale su quanto disponibile, incluso il censimento delle banche dati anagrafiche regionali attive;**
   a) Raccolta dei controlli ufficiali effettuati nell'anno 2014
   b) Raccolta delle procedure operative e modulistiche utilizzate
   c) Censimento dei sistemi informativi in uso e dei relativi flussi dati
   d) Emissione documenti di sintesi ed elenchi dei dati raccolti
   e) Censimento e aggiornamento nella banca dati regionale/SINVSA degli Operatori del Settore Alimenti (OSA)), inclusi gli operatori della Produzione primaria
   f) Censimento e aggiornamento nella banca dati regionale/SINVSA degli Operatori del Settore Mangimi (OSM)
   g) Censimento e aggiornamento nella banca dati regionale/SINVSA degli Operatori del Trasporto Animali Vivi
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.);**
   a) Raccolta e studio delle linee guida delle Autorità competenti centrali
   b) Definizione dei dati minimi comuni da raccogliere, mediante nomenclatori standard EU
4. **Definizione dei dati minimi comuni da raccogliere, mediante nomenclatori standard EU, durante le attività di controllo PRIC;**
   a) Valutazione delle esigenze informative per analisi del rischio sanitario
   b) Analisi dei dati necessari alla trasmissione dati dei controlli alle Autorità competenti centrali
   c) Definizione dei dati minimi comuni da raccogliere e relativi nomenclatori
5. **Redazione del PRIC 2016 – 2018 con tutti i soggetti istituzionali coinvolti, organizzato per filiera di produzione;**
   a) Definizione delle matrici da campionare e delle relative frequenze di campionamento
   b) Definizione dei criteri di selezione degli impianti oggetto di controllo
   c) Stesura del piano PRIC
6. **Validazione del PRIC da parte del gruppo di coordinamento;**
   a) Condivisione dei documenti redatti per il PRIC
   b) Raccolta osservazioni al PRIC
   c) Eventuale revisione, integrazione e riprogrammazione del PRIC
   d) Emissione ufficiale del PRIC
7. **Adeguamento e standardizzazione della modulistica ufficiale utilizzata (ad esempio: verbali di prelievo, d'ispezione e check list) nel corso dei controlli PRIC;**
   a) Adeguamento regionale della modulistica ufficiale del PRIC
   b) Pubblicazione formale della modulistica ufficiale preparata
   c) Adeguamento della modulistica in base alle eventuali nuove esigenze operative riscontrate nella prima fase di utilizzo

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);**
   a) Evoluzione del SINVSA per l'implementazione del piano PRIC
   b) Implementazione delle maschere per la generazione e inserimento dati, conformemente alla nuova modulistica unificata regionale (attività 7)
   c) Implementazione applicazioni per periferiche mobili (smartphone e tablet) per l'alimentazione diretta in campo del sistema informativo
   d) Eventuale Adeguamento del sistema informativo in base alle nuove esigenze operative emerse durante la prima fase di utilizzo
9. **Recepimento del PRIC da parte dei soggetti istituzionali coinvolti;**
   a) Utilizzo della modulistica ufficiale predisposta nel corso dei controlli ufficiali PRIC
   b) Esecuzione dei controlli ufficiali secondo frequenze stabilite nel PRIC
   c) Alimentazione del sistema informativo SINVSA con i dati dei controlli
10. **Formazione degli operatori dei soggetti istituzionali coinvolti sul PRIC e sugli strumenti informatici;**
   a) Progettazione del percorso formativo e accreditamento ECM del corso
   b) Pianificazione ed erogazione delle sessioni formative
   c) Verifica dell'apprendimento
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;**
   a) Estrazione periodica dal SINVSA dei dati sintetici e di dettaglio delle attività di controllo svolte
   b) Analisi dei dati estratti per monitoraggio dello stato avanzamento delle attività
   c) Analisi delle non conformità riscontrate tramite le attività di controllo e delle relative azione correttive adottate
13. **Riprogrammazione periodica (inizialmente trimestrale, semestrale a regime) in base ai dati raccolti ed evidenze ricavate;**
   a) Eventuale ridefinizione delle matrici da campionare e delle relative frequenze di campionamento
   b) Eventuale rifinizione dei criteri di selezione degli impianti oggetto di controllo
   c) Eventuale aggiornamento del PRIC

TARGET	Consumatori			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒
INTERSETTORIALITA'	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 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

INDICATORI

INDICATORI DI PROCESSO Fonte. Regione	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2018**
Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico	0	• Istituzione gruppo di coord. tecn. /scientifico con atto formale regionale; • nomina dei sottogruppi per filiera di produzione; • n. 2 riunioni per sottogruppo	Almeno n. 4 riunioni per sottogruppo	Almeno n. 1 riunione di tutti i sottogruppi del gruppo di coordinamento
Ricognizione elenco dei sistemi informativi, incluso il censimento della banche dati anagrafiche regionali attive	0	Completamento elenco 20% : • Operatori del Settore Alimenti (OSA), inclusi gli operatori della Produzione primaria • Operatori del Settore Mangimi (OSM) • Operatori del Trasporto Animali Vivi	Completamento elenco 50% : • Operatori del Settore Alimenti (OSA), inclusi gli operatori della Produzione primaria • Operatori del Settore Mangimi (OSM) • Operatori del Trasporto Animali Vivi	Completamento elenco 100%: • 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		
	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 – adozione e monitoraggio **NDICATORE SENTINELLA** (obiettivo centrale 10.1.1)	/	Redazione, adozione, attuazione e monitoraggio del PRIC organizzato per filiera di produzione, con tutti i soggetti istituzionali coinvolti nel 20% delle filiere di produzione **INDICATORE SENTINELLA**	Redazione, adozione, attuazione e monitoraggio del PRIC organizzato per filiera di produzione, con tutti i soggetti istituzionali coinvolti nel 50% delle filiere di produzione **INDICATORE SENTINELLA**	Redazione, adozione, attuazione e monitoraggio del PRIC organizzato per filiera di produzione, con tutti i soggetti istituzionali coinvolti nel 100% delle filiere di produzione **INDICATORE SENTINELLA**
Adeguamento e standardizzazione della modulistica ufficiale utilizzata nel corso dei controlli ufficiali	0	Predisposizione e adozione della modulistica ufficiale da utilizzare (nel corso dei controlli ufficiali PRIC	Utilizzo della modulistica ufficiale predisposta nel 60% dei CU	Utilizzo della modulistica ufficiale predisposta nel 100% dei CU
Informatizzazione del PRIC e della relativa modulistica operativa per la raccolta dati	0	Estensione del SINVSA per la gestione del PRIC 20%	Estensione del SINVSA per la gestione del PRIC 50%	Estensione del SINVSA per la gestione del PRIC 100%

attraverso il SINVSA				
	0	Alimentazione del sistema informativo SINVSA con i dati dei controlli - 20%	Alimentazione del sistema informativo SINVSA con i dati dei controlli - 50%	Alimentazione del sistema informativo SINVSA con i dati dei controlli - 100%
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	Erogazione corsi di formazione agli operatori
	0	Numero dei partecipanti ai corsi di formazione – 20%	Numero dei partecipanti ai corsi di formazione 50%	Numero dei partecipanti ai corsi di formazione 50%
• 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		Riprogrammazione periodica (inizialmente trimestrale, semestrale a regime)	Riprogrammazione periodica (inizialmente trimestrale, semestrale a regime)	Riprogrammazione periodica (semestrale)

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico del PRIC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Ricognizione iniziale su quanto disponibile, incluso il censimento della banche dati anagrafiche regionali attive	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	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	X										
4. Definizione dei dati minimi comuni da raccogliere, mediante nomenclatori standard EU, durante le attività di controllo PRIC	X	X	X									
5. Redazione del PRIC, organizzato per filiera di produzione		X	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	X	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	X	X	X	X						
9. Recepimento del PRIC da parte dei soggetti istituzionali coinvolti		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10. Formazione degli operatori dei soggetti istituzionali coinvolti sul PRIC e sugli strumenti informatici		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11. Attuazione del PRIC da parte dei soggetti istituzionali coinvolti, inclusa l'alimentazione del sistema informativo SINVSA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12. Analisi dei dati raccolti e monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività programmate, tramite reportistica dedicata			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13. Riprogrammazione periodica (inizialmente trimestrale, semestrale a regime) in base ai dati raccolti ed evidenze ricavate			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

RISCHI	AZIONI CORRETTIVE
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 committment 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

AZIONE n. 2 "SVILUPPARE PROTOCOLLI DI COLLABORAZIONE TRA OSPEDALI/LABORATORI DI DIAGNOSTICA/SORVEGLIANZA UMANA E LABORATORI DEPUTATI ALLA DIAGNOSTICA/SORVEGLIANZA NEL SETTORE ALIMENTARE E VETERINARIO"

(obiettivo centrale 10.3)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

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 della presente azione è lo 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 PRINCIPALI

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.
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 *Fonte: Regione*	**Baseline**	**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	non presente		Istituzione tavolo tecnico	Protocollo di intesa tra Regione ASL e laboratori di analisi

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
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	

AZIONE n. 3 "GESTIRE LE EMERGENZE RELATIVE ALLA SICUREZZA ALIMENTARE (EPIDEMICHE E NON) E GLI EVENTI STRAORDINARI"

(obiettivo centrale 10.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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' l'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.

ATTIVITA' PRINCIPALI
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
5. 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

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. A.R.T.A. ☑	AA.SS.LL. ☑	Parchi, Riserve e Aree Protette ☑	Forze di Polizia, VV. FF. Corpo Forestale ☑
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 *Fonte: Regione Abruzzo;*	Baseline	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**	
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**

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Coinvolgimento del comitato regionale zooprofilassi (ASL, Università, IZS)	X	X	X	X								
Coinvolgimento delle altre componenti che concorrono alla gestione (prefettura, protezione, civile, VV.FF., forze di polizia etc., ARTA)	X	X	X	X								
Predisposizione del piano	X	X	X	X								
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 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

AZIONE n. 4 "ASSICURARE UNA APPROPRIATA CAPACITÀ D LABORATORIO DELLA RETE DEI LABORATORI PUBBLICI "

(obiettivo centrale 10.7)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 Zooprofilatico 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 diffusive 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 alimentidi 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 Referenza 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 Referenza 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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1. coinvolgimento dei rappresentanti dei laboratori (IZS, ARTA), della regione (servizio sanità veterinaria e sicurezza alimentare) e ASL.
2. 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
3. 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. ☑	AA.SS.LL. ☑	Regione Abruzzo Osservatorio epidemiologico veterinario ASR ☑	ARTA ☑
INTERSETTORIALITÀ	Regione, ASR, Aziende ASL, Istituto zooprofilattico sperimentale, ARTA			

INDICATORE DI PROCESSO	**Baseline**	**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 ***Fonte: Regione Abruzzo***	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Evidenza documentale che attesti che il processo di pianificazione delle analisi soddisfi 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 cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013		X	X	X

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**

Coinvolgimento dei rappresentanti dei laboratori (IZS, ARTA), della regione (servizio sanità veterinaria e sicurezza alimentare, osservatorio epidemiologico, Agenzia Sanitaria regionale) e ASL.	X	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		

AZIONE n. 5 "AUMENTARE L'OFFERTA DI ALIMENTI IDONEI A SOGGETTI ALLERGICI E INTOLLERANTI - CELIACHIA"

(obiettivo centrale 10.9)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

EVIDENZE DI EFFICACIA

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.

Comorbilità (diminuzione della densità minerale ossea, disordini 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.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

- 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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

Le attività del progetto "Celiachia" sono:

1. **Realizzazione di anagrafe di imprese alimentari che producono e somministrano alimenti privi di glutine (BDR – banca dati regionale)**
   a. Avvio procedure di adeguamento normativa regionale
   b. Notifica imprese che producono, vendono e somministrano alimenti privi di glutine (esclusi i riconoscimenti)
   c. Realizzazione elenco produttori con vendita e somministrazione di alimenti privi di glutine per celiaci
   d. Controllo ufficiale
2. **Adozione di linee guida regionali per la formazione degli operatori addetti alla preparazione, vendita e somministrazione di alimenti per celiaci**
   a. Individuazione e creazione gruppo di lavoro per la redazione di linee guida regionali per la formazione degli operatori del settore alimentare che preparano, vendono e somministrano alimenti privi di glutine per celiaci
   b. Raccolta materiali esistenti
   c. Elaborazione di linee guida per la formazione degli operatori del settore alimentare e riduzione delle diseguaglianze dei menù
   d. Incontri informativi / formativi con gli operatori del settore alimentare (n.1 evento formativo per ASL)
3. **Formazione del personale delle imprese alimentari che producono, vendono e somministrano alimenti privi di glutine anche in riferimento al Regolamenti Europei** (utilizzo solo ingredienti gluten-free - corrette pratiche di lavorazione (GMP) - corrette pratiche igieniche (GHP) - procedure HACCP - etichettature, informazione del consumatore)
   a. Censimento Operatori del Settore Alimentare che producono, vendono e somministrano alimenti privi di glutine
   b. Incontri informativi / formativi con gli operatori del settore alimentare da personale ASL (n.4 eventi formativi di 3 ore per ASL per anno)
   c. Realizzazione materiali informativi/formativi, multimediale/opuscoli per gli OSA
4. **Formazione e aggiornamento professionale sulla celiachia e alimentazione senza glutine dei ragazzi delle classi 5° indirizzo cucina , sala e ricevimento degli Istituti alberghieri**
   a. Censimento completo Istituti alberghieri
   b. Reclutamento delle classi 5° degli indirizzi cucina, sala, ricevimento
   c. Incontri formativi con i ragazzi svolti da personale ASL (n.1 evento formativo di 3 ore per classe per anno)
   d. Elaborazione di ricettario con alimenti privi di glutine con ricette internazionali per celiaci realizzato dai ragazzi con gli insegnanti dei laboratori cucina
   e. Giornata di somministrazione di alimenti privi di glutine da parte delle classi aderenti
5. **Realizzazione sul home page dei siti aziendali di spazio per la celiachia**
   a. Individuazione e creazione gruppo di lavoro per la redazione dei contenuti
   b. Realizzazione di check list di contenuti minimi di comunicazione (elenco OSA convenzionati per vendita, per preparazione e somministrazione, imprese riconosciute, normativa di riferimento, informazioni per i consumatori)
   c. Pubblicazione su home page AUSL di spazio per la celiachia

TARGET	Popolazione infantile e giovanile delle scuole dell'infanzia, primaria, media inferiore e media superiore.			
SETTING	Scuola ☒	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐
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 *Fonte: Regione*	**Baseline**	**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	Realizzazione di un programma integrato di evento formativo	Realizzazione di un evento formativo	Realizzazione di n. 4 eventi formativi (n. 1 per AUSL)

INDICATORI DI PROCESSO Obiettivo 10.9	**Indicatori di processo** *Fonte: Regione*	**Baseline**	**Valore atteso 2015**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Realizzazione di anagrafe di imprese alimentari che producono e somministrano alimenti privi di glutine (BDR – banca dati regionale)	BDR regionale (**INDICATORE SENTINELLA**)	0	Raccolta e perfeziona-mento dati di tutte le attività	50% imprese inserite in BDR	100% imprese inserite in BDR	Report attività svolte
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 (**INDICATORE SENTINELLA**)	0	Valutazione documenti con i portatori di interesse	Stesura linee guida regionali per formazione	Comunicazione linee guida regionali	Report attività svolte
Formazione del personale delle imprese alimentari che producono, vendono e somministrano alimenti privi di glutine	Disponibilità di un elenco completo degli Operatori del Settore Alimentare che producono, vendono e somministrano alimenti privi di glutine	0	Elenco completo	Incontri formativi standardizzati sulla base delle LG regionali (n.4 eventi formativi per ASL per anno)	Incontri formativi standardizzati sulla base delle LG regionali (n.4 eventi formativi per ASL per anno)	Incontri formativi standardizzati sulla base delle LG regionali (n.4 eventi formativi per ASL per anno) Report attività svolte

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	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 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

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1. Realizzazione di anagrafe di imprese alimentari che producono e somministrano alimenti privi di glutine (BDR – banca dati regionale)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Formazione del personale delle imprese alimentari che producono, vendono e somministrano alimenti privi di glutine anche in riferimento al Regolamenti Europei	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
4. 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	X	X	X	X	X	X	X	X	
5. Realizzazione sul home page dei siti aziendali di spazio per la celiachia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	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

AZIONE n. 6 "RIDURRE I DISORDINI DA CARENZA IODICA"

(obiettivo centrale 10.10)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 (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 DI EFFICACIA

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.

- (World Health Organization. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2007.)
- (Istituto Superiore di Sanità. Rapporto Istisan. Attività di monitoraggio del programma nazionale per la prevenzione dei disordini da carenza iodica. Giugno 2014.)

SOSTENIBILITÀ

Le attività proposte sono sostenibili nel tempo in quanto le attività per le sensibilizzazione sono inseriti 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
- Dati regionali

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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**
   a. Elenco dei rivenditori di prodotti alimentari e esercizi sali e tabacchi, produttori alimentari, gestori del servizio di ristorazione pubblica per tipologia
   b. Determinazione della frequenza di controlli secondo Piano Regionale Integrato dei Controlli
2. **Approvazione 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)**
   a. Individuazione e creazione gruppo di lavoro per recepimento linee guida Ministero della Salute-Iss

b. Recepimento linee guida con atto formale

3. **Adeguamento dei verbali e dei controlli ufficiali con aggiunta di apposito spazio per la rilevazione della presenza di sale iodato**
   a. Adeguamento regionale dei verbali ispettivi per controlli ufficiali con aggiunta di apposito spazio per la rilevazione della presenza di sale iodato
   b. Formazione personale ispettivo su controlli e inserimento dati n.1 modulo formativo di 8 ore
   c. Esecuzione dei controlli ufficiali secondo frequenze stabilite nel PRIC
4. **Monitoraggio dei rilevamenti tramite software dedicato**
   a. Predisposizione e acquisto software per elaborazione dati dei controlli ufficiali secondo linee guida ministeriali
   b. Inserimento dati su software relativo ai controlli effettuati da parte del personale ispettivo
   c. Elaborazione dati
   d. Trasmissione dati
5. **Sensibilizzazione ai rivenditori di prodotti alimentari nella formazione specifica agli alimentaristi secondo normativa regionale**
   a. Adeguamento piano formativo corsi alimentaristi con inserimento modulo didattico da 10 minuti su sale iodato
   b. Formazione alimentaristi secondo programmazione regionale
6. **Distribuzione di locandine-opuscoli sull'utilizzo di sale iodato ai rivenditori di prodotti alimentari e ristorazione da esporre e verifiche**
   a. Realizzazione o adozione dal Ministero della Salute di materiali informativi (locandine, opuscoli) sull'utilizzo di sale iodato da esporre nei punti vendita
   b. Consegna dei materiali informativi al momento del rilascio del documento di registrazione per nuove attività o distribuzione presso comuni, tramite segnalazione su home page siti Asl aziendali, per attività già avviate
   c. Verifica dell'esposizione del materiale informativo contestualmente ai controlli ufficiali

TARGET	Popolazione generale			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro☐
INTERSETTORIALITÀ	Distributori e rivenditori di sale, Gestori del servizio di ristorazione pubblica e collettiva, Servizi ASL, Operatori del settore alimentare.			

INDICATORI DI ESITO *Fonte: Asl regionali, Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva		Recepimento linee guida per trasmissione dati dei controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva (Ministero-	Trasmissione dati controlli secondo protocollo standardizzato da linee guida 70%	Trasmissione dati controlli secondo protocollo standardizzato da linee guida 100%

		ISS) 30%		

INDICATORI DI ESITO *Fonte: Asl regionali, Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
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	Completamento elenco dei rivenditori di prodotti alimentari e esercizi sali e tabacchi, produttori alimentari, gestori del servizio di ristorazione pubblica per tipologia		
Adozione (recepimento) di linee guida per raccolta e trasmissione dati dei controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva (Ministero della Salute -Iss) con adeguamento verbale CU (**INDICATORE SENTINELLA**)	0	Raccolta dati ed invio ISS nel 30% dei C.U	Raccolta dati ed invio ISS nel 70% dei C.U	Raccolta dati ed invio ISS nel 100% dei C.U
Adeguamento dei verbali e dei controlli ufficiali con aggiunta di apposito spazio per la rilevazione della presenza di sale iodato	0	Predisposizione e adozione verbali ispettivi per controlli ufficiali con aggiunta di spazio per rilevazione presenza sale iodato Adozione nel 100% dei SIAN		
Adeguamento dei verbali e dei controlli ufficiali con aggiunta di apposito spazio per la rilevazione della presenza di sale iodato	0	/	Esecuzione dei controlli ufficiali secondo frequenze stabilite nel PRIC 100%	Esecuzione dei controlli ufficiali secondo frequenze stabilite nel PRIC 100%

Monitoraggio dei rilevamenti tramite software dedicato		/	Inserimento, elaborazione e trasmissione dati su software relativo ai controlli effettuati da parte del personale ispettivo 100%	Inserimento, elaborazione e trasmissione dati su software relativo ai controlli effettuati da parte del personale ispettivo 100%
Sensibilizzazione ai rivenditori di prodotti alimentari nella formazione specifica agli alimentaristi secondo normativa regionale		Adeguamento piano formativo corsi alimentari-sti con inserimento modulo didattico da 10 min. su sale iodato		
Distribuzione di locandine-opuscoli sull'utilizzo di sale iodato ai rivenditori di prodotti alimentari e ristorazione da esporre		Realizzazione e distribuzione di materiali informativi (locandine, opuscoli) sull'utilizzo di sale iodato da esporre nei punti vendita	Distribuzione di materiali informativi (locandine, opuscoli) sull'utilizzo di sale iodato da esporre nei punti vendita	Distribuzione di materiali informativi (locandine, opuscoli) sull'utilizzo di sale iodato da esporre nei punti vendita
Verifiche esposizione locandine-opuscoli sull'utilizzo di sale iodato ai rivenditori di prodotti alimentari e ristorazione			Verifica dell'esposizione del materiale informativo contestualmente ai controlli ufficiali 100%	Verifica dell'esposizione del materiale informativo contestualmente ai controlli ufficiali 100%

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
1. Censimento dalla banca dati regionale di: Rivenditori di prodotti alimentari e esercizi Sali e Tabacchi, Produttori			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

alimentari, Gestori del servizio di ristorazione pubblica (ristoranti, pizzerie, gastronomie, pasta all'uovo, tavole calde) e collettiva												
2. Approvazione 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	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	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4. Monitoraggio dei rilevamenti tramite software dedicato			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5. Sensibilizzazione ai rivenditori di prodotti alimentari nella formazione specifica agli alimentaristi secondo normativa regionale			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6. Distribuzione di locandine-opuscoli sull'utilizzo di sale iodato ai rivenditori di prodotti alimentari e ristorazione da esporre e verifiche			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

RISCHI	AZIONI CORRETTIVE
1. Non omogeneità nelle ASL nell'inserimento dei dati relativi ai controlli ufficiali relativi al sale iodato da trasmettere al Ministero	1. Formazione degli operatori tramite accreditamento ECM ripetuto negli anni
2. Mancata esposizione di materiale informativo nei punti vendita e ristorazione	2. Segnalazione e sensibilizzazione in corso di controllo ufficiale

AZIONE n. 7 "FORMARE IN MERITO ALLE TECNICHE E ALL'ORGANIZZAZIONE DEL CONTROLLO UFFICIALE E REALIZZARE GLI AUDIT PREVISTI DALL'ART. 4 PARAGRAFO 6 DEL REGOLAMENTO CEE 882/2004"

(obiettivi centrali 10.11 – 10.12)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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.

ATTIVITÀ PRINCIPALI
1. **Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale**
   a) Aggiornamento degli operatori già formati.
   b) 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.
2. **Realizzare gli audit previsti dall'Art. 4, paragrafo 6 del regolamento CE 882/2004**
   a) Emissione di documentazione di programmazione degli audit sul territorio sulla base della categorizzazione del rischio
   b) Raggiungimento del numero dei controlli previsti

INDICATORI DI PROCESSO	Baseline	2016	2017	2018
Organizzazione di corso di aggiornamento per gli auditor iscritti all'Albo regionale ai sensi della DGR 276/2001	0	33%	66%	100%
Organizzazione di nuovi corsi per personale sanitario operante nel operante nel settore della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria della Regione, ASL, IZS e ARTA sulle tecniche di audit		1		1

INDICATORI DI PROCESSO	Baseline	2016	2017	2018
Svolgimento audit sugli OSA soggetti a riconoscimento		X	X	X

TARGET	Regione, Aziende ASL, Istituto zooprofilattico sperimentale, ARTA, OSA			
SETTING	II.ZZ.SS. ☑	AA.SS.LL. ☑	Regione Abruzzo ☑	ARTA ☑
INTERSETTORIALITÀ	Regione, Aziende ASL, Istituto zooprofilattico sperimentale, ARTA, OSA			

INDICATORI DI ESITO *Fonte: Regione Abruzzo;*	**Baseline**	**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 **INDICATORE SENTINELLA**	85%	95%	100%	100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR formato per il primo percorso (di approfondimento del pacchetto Igiene)
10.11.1 % di personale auditor aggiornato **INDICATORE SENTINELLA**	0	33%	33%	100%
10.12.1. Rendicontazione dell'attività di audit svolta		100%		100%

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
Organizzazione di corso di formazione per auditor ai sensi della DGR 276/2001			X				X				X	
Organizzazione di corsi di aggiornamento del personale sanitario del settore della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria della Regione, ASL, IZS e ARTA iscritto elenco auditor regionale				X				X				X
Svolgimento audit su OSA soggetti a riconoscimento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Svolgimento audit su Autorità Competenti Locali (AUSL – IZS – ARTA)		X	X	X		X	X	X		X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

- Mancata adesione degli operatori ai corsi
- Bassa attribuzione della classe di rischio sugli OSA e diminuzione degli audit programmati.

Programma 11: Rafforzare le misure di sanità pubblica veterinaria

OBIETTIVI CENTRALI

10.6 - Prevenire le malattie infettive e diffusive di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali (**azione n. 1**);

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 (**azioni n. 2-3-4**).

AZIONE n. 1 "PREVENIRE LE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE DI INTERESSE VETERINARIO TRASMISSIBILI TRAMITE VETTORI ANIMALI"

(obiettivo centrale 10.6)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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'epidemio-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 bucellosi).

ATTIVITÀ PRINCIPALI

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.

TARGET	Operatori sanitari, agenti forestali, guardie eco-zoofile, cacciatori, allevatori di bestiame			
SETTING	II.ZZ.SS. ☑	AA.SS.LL. ☑	Parchi, Riserve e Aree Protette ☑	Corpo Forestalee A.T.C. ☑
INTERSETTORIALITÀ	AA.SS.LL, II.ZZ.SS., Parchi Riserve e Aree Protette, Corpo Forestale dello Stato, Ambiti Territoriali Caccia, Allevatori			

INDICATORI DI ESITO ***Fonte: Regione Abruzzo***	**Baseline**	**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
Raccolta ed esame dei campioni		100%	100%	100%
Catalogazione degli esiti		100%	100%	100%
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 degli esiti conseguenti all'analisi dei campioni				- 50%
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%

INDICATORI DI PROCESSO ***Fonte: Monitoraggio***	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Stesura dei piani di sorveglianza (**INDICATORE SENTINELLA)**		Piano approvato		
Distribuzione dei piani agli Enti interessati		4	4	4
10.6.1: Attuazione dei Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici		Attivazione piani		
Numero dei campioni raccolti sul totale delle segnalazioni		100%	100%	100%

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
10.6.1: Attuazione dei Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Presenza di predatori e spazzini che rimuovono in vario modo animali malati o morti;
Mancanza di notizie sulla evoluzione della malattia sulla popolazione target.

AZIONE n. 2 "PREDISPORRE E REALIZZARE PIANI DI INFORMAZIONE/COMUNICAZIONE RIVOLTI ALLE POPOLAZIONI TARGET."
AZIONE n. 3 "AUMENTARE LA PERCENTUALE DI CANI IDENTIFICATI E ISCRITTI ALL'ANAGRAFE CANINA REGIONALE RESTITUITI AL PROPRIETARIO, RISPETTO AI CANI CATTURATI"
AZIONE n. 4 "AUMENTARE LA PERCENTUALE DI CONTROLLI EFFETTUATI RISPETTO AL NUMERO DI CANILI/RIFUGI PRESENTI SUL TERRITORIO

(obiettivo centrale 10.8)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 2 PREDISPORRE E REALIZZARE PIANI DI INFORMAZIONE/COMUNICAZIONE RIVOLTI ALLE POPOLAZIONI TARGET

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1. **Implementazione delle campagne di prevenzione e sensibilizzazione sul fenomeno del randagismo;**
   a) Individuazione di un gruppo tecnico di lavoro per lo studio della situazione attuale sulle campagne di prevenzione e sensibilizzazione del fenomeno randagismo
   b) Individuazione delle categorie a rischio randagismo
   c) Stesura dei piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target
   d) Attuazione dei programmi predisposti
2. **Campagne di educazione sanitaria sul possesso responsabile degli animale da affezione;**
   a) Individuazione di un gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione di documentazione informativa;
   b) Stesura dei programmi operativi delle campagne di educazione al possesso responsabile;
   c) Attuazione dei programmi predisposti e divulgazione della documentazione informativa.

TARGET	Operatori sanitari, polizia locale, guardie eco-zoofile, proprietari			
SETTING	Comuni ☑	AA.SS.LL. ☑	Parchi, Riserve e Aree Protette ☑	Associazioni protezionistiche ☑
INTERSETTORIALITÀ	AA.SS.LL, Comuni, Parchi, Riserve e Aree Protette, Associazioni protezionistiche, Allevatori			

INDICATORI DI ESITO *Fonte: Regione Abruzzo*	**Baseline**	**Valore atteso 2016**	**Valore Atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Campagne di informazione ed aggiornamento	Campagne anni 2008-09, 2011-12	4	4	4

INDICATORI DI PROCESSO Finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici *Fonte: Monitoraggio*	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Numero di corsi effettuati nei comuni dell'Abruzzo (INDICATORE SENTINELLA)	0	4	4	4

Azione 3 – AUMENTARE LA PERCENTUALE DI CANI IDENTIFICATI E ISCRITTI ALL'ANAGRAFE CANINA REGIONALE RESTITUITI AL PROPRIETARIO, RISPETTO AI CANI CATTURATI

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1. **Incremento delle attività di anagrafe e di polizia veterinaria con conseguente decremento della cattura dei cani vaganti e verifica della corretta identificazione e della registrazione nel sistema informativo regionale (S.I.V.R.A.) degli animali catturati;**
   a) Individuazione dei territori a maggior rischio di presenza di cani vaganti Incremento delle attività di cattura nei territori individuati
2. **Studio di azioni correttive sul fenomeno dei cani di proprietà rinvenuti vaganti.**
   a) Raccolta e valutazione dei dati riferiti al fenomeno; predisposizione ed attuazione di azioni correttive a limitare il fenomeno.

TARGET	Operatori sanitari, polizia locale, guardie eco-zoofile, proprietari			
SETTING	Comuni ☒	AA.SS.LL. ☒	Parchi, Riserve e Aree Protette ☒	Associazioni protezionistiche ☒
INTERSETTORIALITÀ	AA.SS.LL, Comuni, Parchi, Riserve e Aree Protette, Associazioni protezionistiche, Allevatori			

Indicatori di processo *Fonte: S.I.V.R.A.*	Baseline (media aa 2013/14)	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
10.8.2. Proporzione di cani identificati ed iscritti all'anagrafe regionale restitutiti al proprietario /rispetto ai cani catturati	30%	35%	40%	45%

Azione 4 – AUMENTARE LA 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.**
   a) Verifica delle strutture presenti sul territorio;
   b) aggiornamento delle registrazioni nel sistema regionale
2. **Predisposizione e attuazione di piano operativo dei controlli presso le strutture registrate.**
   a) Elaborazione piano operativo dei controlli ai sensi dell'art. 24 del DPR 320/54.
   b) Attuazione del piano operativo dei controlli ai sensi dell'art. 24 del DPR 320/54.
3. **Standardizzazione delle rilevazioni del numero dei controlli effettuati.**

TARGET	Operatori sanitari, polizia locale, guardie eco-zoofile			
SETTING	Comuni ☒	AA.SS.LL. ☒	Parchi, Riserve e Aree Protette ☒	Associazioni protezionistiche ☒
INTERSETTORIALITÀ	AA.SS.LL, Comuni, Associazioni protezionistiche			

Indicatori di esito ***Fonte: Rendicontazione 2011***	**Baseline**	**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	26 (Strutture presenti)	Censimento	Controlli 50% strutture	Controllo 100% strutture

CRONOPROGRAMMA

Attività	**2016**				**2017**				**2018**			
	I	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**	**I**	**II**	**III**	**IV**
Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aumentare la percentuale di cani identificati e iscritti all'anagrafe canina regionale restituiti al proprietario, rispetto ai cani catturati	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aumentare la percentuale di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Carenza di personale dedicato ASL; scarse risorse strumenetali ed attrezzature; disomogeneità nell'attuazione degli interventi da parte delle ASL

Programma 12: Vaccinazioni e malattie infettive: consolidamento dei risultati e nuovi orizzonti

Obiettivi centrali:
9.5 - Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV) (**azioni n.1 - 2**);
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) (**azione n. 3**),
9.8 - Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione (**azione n. 4**),
9.9 - Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC) (**azione n. 5**),
9.12 - Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici (**azione n. 6**).

AZIONE n. 1 - "CREAZIONE DI UN PERCORSO DIAGNOSTICO RAPIDO E PRECOCE DI PRESA IN CARICO SINO A MONITORAGGIO DI TERAPIA ED ESITI PER PAZIENTI CON INFEZIONE TUBERCOLARE."

(obiettivo centrale 9.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

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 in quanto casi non diagnosticati.
Nel 2009, nell' Area Europa, sono stati segnalati circa 400.000 casi di TB; nei 53 Paesi membri della Regione Europea dell'OMS, nel 2013 sono stati stimati 360 mila nuovi casi di TB, con 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'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, con un' incidenza pari a 5,2/100.000 abitanti. I dati OMS sono relativi al 2013 e indicano che nel nostro Paese sono stati notificati 3153 casi di Tubercolosi, con un'incidenza pari a 5,7/100.000 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 tubercolosis* da parte dei soggetti contagiosi e la prevenzione della progressione dell'infezione tubercolare latente (ITL) a TB attiva. In Abruzzo, con una incidenza di 8.2/100,000 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.

La Tubercolosi (TB) è una delle principali cause di morbilità 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'istaurarsi 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, 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 Computerizzarta (TC) del torace è l'esame strumentale più sensibile anche se 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. 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.

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 (UU.OO. 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 aziendale 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 DI EFFICACIA
I piani lanciati dagli organismi internazionali per controllare la diffusione della tubercolosi a livello mondiale prevedono soprattutto i seguenti punti: 1) impegno dei governi a sostenere la lotta alla tubercolosi; 2) la diagnosi precoce; 3) la disponibilità regolare e continua di farmaci anti TBC; 4) la presenza di un sistema di sorveglianza in grado di monitorare gli esiti dei trattamenti.
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.

- ISS. "La tubercolosi in Italia - anno 2008"http://www.epicentro.iss.it/ problemi/Tubercolosi/TubercolosiItalia.asp
- WHO. Global Tuberculosis report 2014. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- ECDC. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014. http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/ Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1050

- Dye, C., S. Scheele, P. Dolin, V. Pathania, and M. C. Raviglione. 1999. Consensus statement. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. WHO Global Surveillance and Monitoring Project. JAMA. 282:677-86.
- Moore, J. E., M. E. Kruijshaar, L. P. Ormerod, F. Drobniewski, and I. Abubakar. 2010. Increasing reports of non-tuberculous mycobacteria in England, Wales and Northern Ireland, 1995-2006. BMC Public Health. 10:612.
- Storla, D. G., S. Yimer, and G. A. Bjune. 2008. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. BMC Public Health. 8:15.
- Madebo, T., and B. Lindtjorn. 1999. Delay in Treatment of Pulmonary Tuberculosis: An Analysis of Symptom Duration Among Ethiopian Patients. MedGenMed.E6.
- WHO. The Stop TB Strategy. http://www.who.int/tb/strategy/en/
- Progetto CCM "Sorveglianza della Tubercolosi, TB-SORV". Monitoraggio dell'esito del trattamento antitubercolare nelle regioni Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Veneto. (2009)

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 DISEGUAGLIANZE

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 diseguaglianze 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: Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo, Agenzia Sanitaria Regionale, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UO Igiene e Medicina Preventiva; UO Ospedaliere; Infettivologi; Comitati Infezioni Ospedaliere aziendali, MMG, PLS, operatori sanitari, collettività.

SETTING: Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo, Agenzia Sanitaria Regionale, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UO Igiene e Medicina Preventiva; UO Ospedaliere; Infettivologi; Comitati Infezioni Ospedaliere aziendali, 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. Proporzione 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	BASELINE	2016	2017	2018
1 (INDICATORE SENTINELLA)	30%	25%	20%	15%
2	110/anno	90	100	110

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 un supporto adeguato alla complessità interistituzionale del programma.

AZIONE n° 2 - "PROGRAMMA DI PREVENZIONE TARDIVA E AVANZATA DI INFEZIONE DA HIV"

(obiettivo centrale 9.5)

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 nella Regione Abruzzo 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 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 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/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. 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/µL 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, di concerto con Agenzia Sanitaria Regionale, 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; 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 delle farmacie 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 (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 del Dipartimento regionale per la Salute e il Welfare 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;
- Ufficio Scolastico Regionale ed Associazioni professionali di insegnanti, Camere di Commercio, associazioni di Farmacisti ed altre associazioni di categoria in ambito produttivo, incluso Confindustria ed Associazioni Sportive Polivalenti.

EVIDENZE DI EFFICACIA: 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.

- Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005,**39**:446-453.
- Wheatley MA, Copeland B, Shah B, Heilpern K, Del Rio C, Houry D. Efficacy of an Emergency Department-Based HIV Screening Program in the Deep South. *J Urban Health* 2011.
- Hindocha S, Charlton T, Rayment M, Theobald N. Feasibility and acceptability of routine human immunodeficiency virus testing in general practice: your views. Prim Health Care Res Dev. 2012 Oct 8:1-5. [Epub ahead of print] PubMed PMID:23040141.
- Thornton AC, Rayment M, Elam G, Atkins M, Jones R, Nardone A, Roberts P, Tenant-Flowers M, Anderson J, Sullivan AK; on behalf of the HINTS Study Group. Exploring staff attitudes to routine HIV testing in non-traditional settings: a qualitative study in four healthcare facilities. Sex Transm Infect. 2012 Dec; 88(8): 601-606. Epub 2012 Jul 6. PubMed PMID: 22773329.
- Rayment M, Thornton A, Mandalia S, Elam G, Atkins M, Jones R, Nardone A, Roberts P, Tenant-Flowers M, Anderson J, Sullivan AK; HINTS Study Group. HIV testing in non-traditional settings--the HINTS study: a multi-centre observational study of feasibility and acceptability. PLoS One.

2012;7(6):e39530. doi: 10.1371/journal.pone.0039530. Epub 2012 Jun 22. PubMed PMID: 22745777; PubMed Central PMCID: PMC3382186.
- Thornton, A, Cridford, R, Rayment, M, Mguni, S, Gidwani, S, Rae, C, Phekoo, K, Mummery, D, Atkins, M., Nardone, A, Roberts, P, Tenant-Flowers, M, Sullivan, A, and Anderson, J. Patient and staff attitudes towards routine HIV testing programmes in general healthcare settings in London, UK. 2010. XVIII International AIDS Conference, Vienna., Abstract THPE0294
- Cohan D, Gomez E, Dowling T, Zetola N, Kaplan B, Klausner JD. HIV testing attitudes and practices among clinicians in the era of updated Centers for Disease Control and Prevention recommendations. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009;50(1):114-6.
- Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. Eur J Public Health. 2010;20(4):422-32.
- Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, Clark JE; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. MMWR Recomm Rep. 2006 Sep 22;55(RR-14):1-17
- Haukoos JS, Lyons MS, Lindsell CJ, Hopkins E, Bender B, Rothman RE, Hsieh YH, Maclaren LA, Thrun MW, Sasson C, Byyny RL. Derivation and validation of the Denver Human Immunodeficiency Virus (HIV) risk score for targeted HIV screening. Am J Epidemiol. 2012 Apr 15;175(8):838-46.

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/µL 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 e/o avviata 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

INDICATORE	Baseline anno 2013	2016	2017	2018

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: UUOOCC di Malattie Infettive delle AASSLL della Regione Abruzzo

INTERSETTORIALITÀ: Tutti gli ambiti delle AASSLL 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.

Proporzione di nuove diagnosi di HIV late-presenter (CD4<350 cell/µL) (**INDICATORE SENTINELLA**)	65%	55%	50%	45%
Il numero totale di nuove diagnosi di HIV, HBV, HCV e Sifilide (indicatore di processo)	Non noto	30%	40%	60%

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.
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".

CRONOPROGRAMMA

2015	2016	2017	2018
Ampliamento del sito web e della documentazione in esso disponibile ed avvio delle liste dedicatepomeridiane di accesso alle UOC di MI	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 delleattività programmate
Ampliamento delle piattaforme di azione sui social network e della documentazione da distribuire	Azione proattiva di raccordo con reparti ospedalieri, MMG, ambulatori territoriali daparte 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

	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
	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. Pubblicizzazione 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. Pubblicizzazione 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.

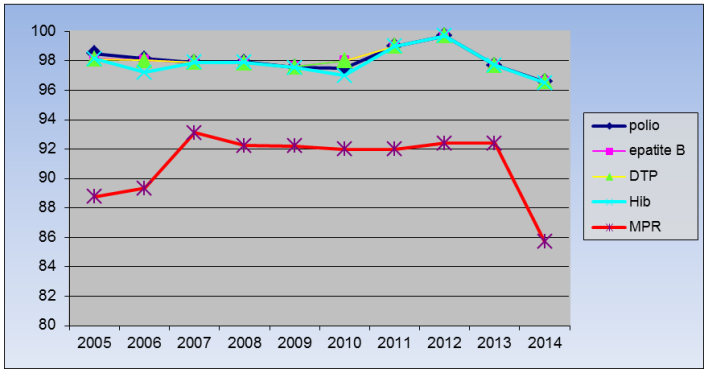
AZIONE n. 3 - "AUMENTARE LA COPERTURA VACCINALE E L'ADESIONE CONSAPEVOLE NELLA POPOLAZIONE GENERALE"

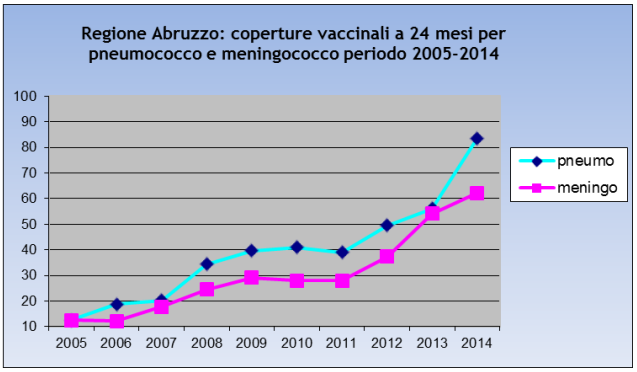
(obiettivo centrale 9.7)

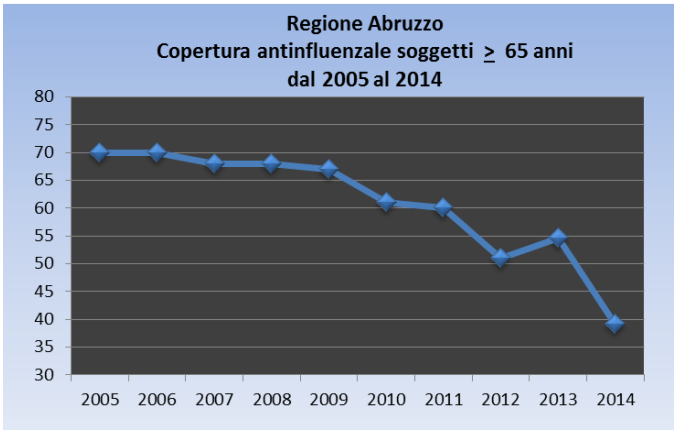
RAZIONALE, DESCRIZIONE DEL PROGRAMMA E SITUAZIONE ATTUALE

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 DI EFFICACIA

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/eradicazione 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.

SOSTENIBILITÀ

Gli interventi vaccinali sono particolarmente costo-efficaci, tanto che sono inclusi nei LEA. Riguardo le nuove vaccinazioni da prendere in considerazione nel 2016 e negli anni a seguire, bisogna prevedere risorse aggiuntive per la vaccinazione anti-varicella nei nuovi nati (azione già prevista nel PNPV). Inoltre, bisogna prevedere, in caso di uscita della Regione dal Piano di Rientro, ovvero di inserimento di tale atto nel nuovo PNPV, in linea con quanto già in essere nelle regioni limitrofe delle Marche e della Puglia, una 5° dose di antipolio negli adolescenti, da somministrare nella già prevista seduta per dTPa. Per l'eventuale passaggio al vaccino antimeningococcico coniugato tetravalente, in sostituzione dell'anti-Men C, a 13-15 mesi e negli adolescenti, per l'introduzione di nuovi vaccini, si attende il prossimo PNPV.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

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 diseguaglianze.
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, 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.

OBIETTIVI SPECIFICI

Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione 0-18 anni e in specifici gruppi a rischio, per le vaccinazioni previste dal PNV.

AZIONI

- 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 diseguaglianze, é 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. Aggiornamento tecnico-scientifico degli operatori dei servizi vaccinali
6. 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

TARGET	Popolazione 0-18 anni			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Strutture ospedaliere e consultoriali, distretti, mediatori culturali,			

	associazioni immigrati e donne migranti, MMG, PLS

INDICATORI DI PROCESSO	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Aggiornamento Calendario Vaccinale	Presente	90%	90%	90%
N. inviti per le coorti di interesse (nuovi nati, 5-6 anni, 15 anni, femmine 11 anni) sui residenti di riferimento (**INDICATORE SENTINELLA**)	Non noto	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 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
DTP-Polio-Ep. B, Hib a 24 mesi	96.6%	≥95%	≥95%	≥95%
MPR a 24 mesi 1ª dose	85.7%	90%	92%	≥95%
Varicella nei nuovi nati	----	50%	70%	≥95%
Men C a 24 mesi	62.2%	75%	85%	≥95%
PCV a 24 mesi	83.6%	90%	92%	≥95%
dTP-Polio a 5-6 anni	92.7%	≥95%	≥95%	≥95%
MPR a 5-6 anni 2ª dose	87.3%	92%	93%	≥95%
dTpa a 15 anni	73.9%	78%	85%	≥90%
MPR a 15 anni (due dosi)	83.9%	88%	90%	≥95%
Men C a 15 anni	38.1%	45 %	50%	≥95%
HPV F 11 anni	62%	68%	70%	≥95%
Influenza ≥65 anni	39%	51%	60%	≥75%

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 fuorvianti alla popolazione rispetto alla sicurezza e all'efficacia delle vaccinazioni

Carenza di risorse umane e/o materiali

CRONOPROGRAMMA

AZIONI	2015	2016	2017	2018
AZIONE 1: 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)	x	x	x	x
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	x	x
Attività 5: Aggiornamento tecnico-scientifico degli operatori dei servizi vaccinali		x	x	x
Attività 6: Formazione dei PLS, MMG e altro personale sanitario coinvolto nella promozione delle vaccinazioni		x	x	x

AZIONE n° 4 - "PIANIFICARE LA COMUNICAZIONE FINALIZZATA ALLA CORRETTA GESTIONE E INFORMAZIONE SUI VACCINI E SULLE MALATTIE PREVENIBILI MEDIANTE VACCINAZIONE"

(obiettivo centrale 9.8)

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 DI EFFICACIA

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.

OBIETTIVI SPECIFICI
Realizzazione di un programma di comunicazione per la gestione della corretta informazione sui vaccini in tutte le ASL della Regione.

AZIONI

A. **Formazione del personale sanitario in tema di comunicazione**
B. **Produzione materiale informativo per promuovere le vaccinazioni nella popolazione**

AZIONE A: 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 ad oggi 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 counselling vaccinale, con particolare attenzione al "counselling multietnico"

TARGET	Operatori sanitari coinvolti nelle vaccinazioni.			
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
INTERSETTORIALITA'	Strutture ospedaliere e consultoriali, distretti, mediatori culturali, associazioni immigrati e donne migranti, MMG, PLS.			

AZIONE B: Produzione materiale informativo per promuovere le vaccinazioni nella popolazione

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 ☒	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☒	Ambienti di lavoro ☐
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 2016**	**Valore atteso 2017**	**Valore atteso 2018**
Sviluppo di un programma di comunicazione univoco regionale basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini dell'adesione consapevole			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 A:				
Attività 1:		**x**		
Attività 2:			**x**	**x**
Attività 3:		**x**	**x**	**x**
AZIONE B				
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.

AZIONE n° 5 - "IMPLEMENTAZIONE DI UN PIANO DI EMERGENZA REGIONALE GENERALE STABILE PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE INFETTIVE"

(obiettivo centrale 9.9)

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 decessi. 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. Le infezioni da SARS CoV (Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus), MERS CoV (Middle East Respiratory Syndrome coronavirus), nuovi ceppi influenzali a trasmissione umana, l'influenza aviaria H7N9 e le infezioni da Ebola Virus 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. 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.
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; a dicembre del 2009 1/5 della popolazione degli Stati Uniti era positiva ai test sierologici (>61 milioni di persone). In Italia la sieroprevalenza è stata del 16.3% .
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.
Oltre alle infezioni diffusive 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. 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 preparazione 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. 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. 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 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 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 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 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 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 ;
- 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 ;
- Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015. Breaking the chain of transmission ;
- 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) .

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, come di seguito esplicitato. 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 preliminare al trasporto dei pazienti nei centri di riferimento (Hub). Nelle Strutture Ospedaliere ove è presente una UO 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 DI EFFICACIA

Le epidemie di Infezioni di nuovi agenti infettivi e delle infezioni riemergenti oltre a provocare l'aumento della mortalità provocano l'impoverimento delle risorse degli Stati a causa dell'alto tasso di ospedalizzazioni e della necessità di cure ed assistenza spesso costose ed intensive. 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. 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. 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.

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. 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.

4. 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.
5. World Health Organization w h. http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan /GVAP_doc_2011_2020/en/. 2015.
6. World Health Organization. http://www.who.int/tb/strategy/en/. 2015.
7. World Health Organization. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ 9789241563475/en/.2015.
8. World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/187171/ Vaccine- Safety-Events-managing-the-communications-response.pdf. 2015.

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 del contesto più ampio delle politiche economiche, regolatorie, socio culturali, epidemiologiche e tecnologiche. Una delle caratteristiche del presente piano è che i costi di investimento saranno concentrati per la maggior parte nella fase di implementazione del piano. 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 diseguaglianze 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 diffusive 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.

ATTIVITÀ

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 nei PP.OO. sedi delle UU.OO di Malattie Infettive 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. Adozione dei provvedimenti necessari per l'adeguamento strutturale 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. Adozione dei provvedimenti necessari per la creazione dei punti di triage sicuro, diagnosi rapida e precoce presa in carico in isolamento nelle AUSL della Regione Abruzzo per i pazienti a rischio di trasmissione di malattie infettive contagiose e diffusive;
5. Assunzione di protocolli e procedure per la gestione globale dei soggetti con sospetto di malattia infettiva contagiosa e diffusiva nelle AUSL dell'Abruzzo, incluso l'adeguamento dei sistemi di trasporto dei pazienti sospetti tra i centri Spoke e gli Hub.

TARGET: Dipartimento per la Salute e il Welfare Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC Malattie Infettive, Servizi DEA; CIO delle ASL Regione Abruzzo, operatori sanitari, collettività.

SETTING: Dipartimento per la Salute e il Welfare Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC Malattie Infettive, Servizi DEA; CIO delle ASL Regione Abruzzo.

INTERSETTORIALITÀ: come sopra (Direzione Sanitaria Regione Abruzzo, ASR, Direzioni Strategiche e Sanitarie aziendali, UOC Malattie Infettive, Servizi DEA; CIO delle ASL Regione Abruzzo).

INDICATORI	Baseline	2016	2017	2018
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	1	2	4
Numero di DEA che hanno effettivamente adottato misure strutturali e funzionali per la gestione delle emergenze infettivologiche entro il 2018 (**INDICATORE SENTINELLA**)	0	10%	30%	50%

CRONOPROGRAMMA

Tutte le attività saranno avviate entro il primo semestre del 2016.

ANALISI DEI RISCHI

Il principale rischio del presente programma è quello che possa determinarsi una mancanza di un supporto adeguato alla complessità interistituzionale del programma.

AZIONE n° 6 - "PROMUOVERE LA CONSAPEVOLEZZA DA PARTE DELLA COMUNITÀ NELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI."

(obiettivo centrale 9.12)

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 sempre più frequente nelle strutture assistenziali, in particolar modo in ambito ospedaliero e residenziale assistito, ove la presenza di un ecosistema microbico circoscritto 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.

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 Comitati Infezioni Ospedaliere, le Farmacie ospedaliere e territoriali, i servizi di 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 del costo del farmaco, 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, 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 antibiotici 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 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 comorbilità 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 limitazione della prescrizione in ambito ospedaliero di taluni antibiotici (quali ad es. Daptomicina, Linezolid, Meropenem, Ertapenem, Imipenem/cilastina, Tigeciclina, Teicoplanina, Amphotericina B liposomiale, Voriconazolo, Echinocandine) e, in ambito territoriale, di antibiotici (quali ad es. 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.

ATTIVITA'

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.

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 specifiche direttive per cui, tramite l'azione delle farmacie ospedaliere, i prescrittori debbano ricorrere, sia in ambito residenziale che 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: Dipartimento per la Salute e il Welfare 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: Dipartimento per la Salute e il Welfare 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 in alcune realtà della Regione Abruzzo si effettua già 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.

INDICATORI

INDICATORE DI PROCESSO *FONTI:*	**Baseline**	**2016**	**2017**	**2018**
Creazione di un programma regionale di comunicazione basato sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici: numero di macroaree con attivata la stewardship antimicrobica (**INDICATORE SENTINELLA**)	0	1	2	4

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 DEL PROGRAMMA DI INTERVENTO

Nella implementazione di un progetto evoluto come il presente, i rischi inerenti all'azione progettuale possono essere rappresentati dalla mancanza di un supporto adeguato alla complessità interistituzionale del programma.