



DIREZIONE CENTRALE SALUTE
E PROTEZIONE SOCIALE

PIANO REGIONALE TRIENNALE DELLA PREVENZIONE

SECONDA PARTE

Maggio 2006

ABBREVIAZIONI

ACI	Automobile Club d'Italia
ACC	American College of Cardiology
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AHA	American Heart Association
AI	Angina Instabile
Amm.ni	Amministrazioni
ANCE	Associazione Nazionale Cardiologi Extraospedalieri
ANMCO	Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
AQPF	Analisi Qualitativa Prescrizioni Farmaceutiche
ARPA	Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente
ARS	Agenzia Regionale della Sanità
Art.	Articolo
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASP	Accertamenti Sanitari Periodici
ASS	Azienda per i Servizi Sanitari
BMI	Body Mass Index
CCM	Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie
CGIL	Confederazione Generale Italiana del Lavoro
CISL	Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori
Cod. Strad.	Codice della Strada
ConfederTAAI	Confederazione Titolari Autoscuole Agenzie d'Italia
CONI	Comitato Olimpionico Nazionale Italiano
COR	Centro Operativo Regionale
CRA	Codice Regionale Assistito
CSA	Centro Servizi Amministrativi
D.G.R.	Delibera di Giunta Regionale
D.Lgs.	Decreto Legislativo
D.Lvo	Decreto Legislativo
DCICSP	Direzione Centrale Istruzione, Cultura, Sport e Pace
DCPTMIT	Direzione Centrale Pianificazione Territoriale, Energia, Mobilità e Infrastrutture di Trasporto
DCRANFM	Direzione Centrale Risorse Agricole, Naturali, Forestali e Montagna
DCSPS	Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale
DGPROG	Direzione Generale Programmazione
DM	Distrofia Muscolare
DOP	Denominazione d'Origine Protetta
DP	Dipartimento di Prevenzione
DPI	Dispositivo Protezione Individuale
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
DR	Direzione Regionale
EBP	Evidence Based Prevention
ECM	Educazione Continua in Medicina
ESAW	European Statistics on Accidents at Work (Statistiche Europee degli Infortuni sul Lavoro)
ESC	European Society of Cardiology
FAD	Formazione A Distanza
FIC	Federazione Italiana di Cardiologia
FIMG	Federazione Italiana Medici di Medicina Generale
FVG	Friuli Venezia Giulia

G2-Cardi@net	Gestore Prestazioni 2 Rete Cardiologica
GIS	Geographical Information System
GISSI	Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto miocardico acuto
HDL	High-Density Lipoproteins
ICD-9	International Classification of Diseases
IGP	Indicazione Geografica Protetta
IMA	Infarto Acuto del Miocardio
IN.SI.E.L.	INformatica per il SIstema degli Enti Locali
INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
INRAN	Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione
IRCCS	Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico
ISPESL	Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro
ISS	Istituto Superiore della Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
L.	Legge
L.R.	Legge Regionale
LILT	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
MIUR	Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
MMG	Medici di Medicina Generale
MONICA	MONItoring of CARDiovascular diseases
NOEA	Nulla Osta per l'Esercizio di nuove Attività
NYHA	New York Heart Association
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OOSS	Organizzazioni Sindacali
PA	Pubblica Amministrazione
PASSI	Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
PAT	Programma delle Attività Territoriali
PDZ	Piano Di Zona
PES	Promozione Educazione Salute
PFR	Punti Focali Regionali
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PNSS	Pregnancy Nutrition Surveillance System
PRG	Piano Regolatore Generale
PRGC	Piano Regolatore Generale Comunale
PRPC	Piano Regolatore Particolareggiato Comunale
PS	Pronto Soccorso
PSNet	Patient Safety Network
PTR	Piano Territoriale Regionale
PUT	Piano Urbano del Traffico
RENAM	REGistro NAzionale Mesoteliomi
RL	Rapporto di Lesività
RLS	Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
RM	Rapporto di Mortalità
RSP	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
Ser.T.	Servizi Tossicodipendenze
SIAN	Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
SIASA	Sistema Informativo Regionale Specialistica Ambulatoriale
SIMG	Società Italiana di Medicina Generale
SINIACA	Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambienti di Civile Abitazione

SISR	Sistema Informativo Sanitario Regionale
SMI	Servizio Materno Infantile
SNAMID	Società Nazionale Aggiornamento Medico InterDisciplinare
SPSAL	Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
SSR	Servizio Sanitario Regionale
TM	Tasso di Mortalità
TULLSS	Testo Unico delle Leggi Sanitarie
U.O.	Unità Operativa
UCIC	Unità Cure Intensive Cardiologiche
UCOML	Unità Clinico Operativa Medicina del Lavoro
UIL	Unione Italiana del Lavoro
UNICEF	Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia
UOPSAL	Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
UU.OO.	Unità Operative
VAS	Valutazione Ambientale Strategica
VdR	Valutazione del Rischio

	PAG
ABBREVIAZIONI	II
INDICE	V
1. PRESENTAZIONE	1
1.1. SINTESI DEI PRINCIPALI CONTENUTI DEI SINGOLI PIANI	3
1.1.1 LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ	3
1.1.2 LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI SUI LUOGHI DI LAVORO	3
1.1.3 LA PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DI ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI	5
1.1.4 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI	6
1.1.4.1 INTERVENTI FORMATIVI	7
1.1.4.2 INTERVENTI DI SORVEGLIANZA	7
1.1.4.3 INTERVENTI DI PREVENZIONE	8
1.1.5 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI	8
1.2. IL COORDINAMENTO REGIONALE	9
1.3. PIANO TERRITORIALE REGIONALE E PIANO DELLA PREVENZIONE	12
2. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008	
PER LA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELL'OBESITÀ	15
CONTENUTI	15
2.1. INTRODUZIONE	16
2.1.1 L'OBESITÀ E IL SOVRAPPESO NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA	17
2.2. SISTEMI DI SORVEGLIANZA	18
2.3. PROGRAMMI DI PREVENZIONE	18
2.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA	19
2.3.2 PIANO OPERATIVO	20

3. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

PER LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	31
CONTENUTI	31
3.1. INTRODUZIONE	32
3.2. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO E IL CONTESTO OPERATIVO REGIONALE	34
3.3. PIANO OPERATIVO PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA	37
3.3.1 OBIETTIVI	38
3.4. PIANO OPERATIVO SORVEGLIANZA	39
3.5. PIANO OPERATIVO DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE	43

4. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

PER LA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE

NEI SOGGETTI CHE GIÀ HANNO AVUTO ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI	60
CONTENUTI	60
4.1. INTRODUZIONE	61
4.1.1 LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE E L'ANGINA STABILE IN REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA	62
4.1.2 SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE E REGISTRO REGIONALE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI	64
4.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE SECONDARIA	67
4.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA	70
4.2.1 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATI	70
4.2.1.1 ANAGRAFE ASSISTITI	70
4.2.1.2 REGISTRO DEI DIMESSI OSPEDALIERI	71
4.2.1.3 REGISTRO DI MORTALITÀ SECONDO L'ISTAT	71
4.2.1.4 REGISTRO DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE	71
4.2.1.5 REGISTRO DEGLI EVENTI CORONARICI	71
4.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA	71
4.2.3 PIANO OPERATIVO	74
4.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE	80
4.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA	80
4.3.2 PIANO OPERATIVO	81
4.4. CONCLUSIONI	91

5. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI	92
CONTENUTI	92
5.1. INTRODUZIONE	93
5.1.1 GLI INCIDENTI STRADALI NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA	94
5.1.2 FONTI INFORMATIVE	97
5.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE	99
5.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA	101
5.2.1 VALUTAZIONE SULLA QUALITÀ DEI DATI	102
5.2.1.1 PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO	102
5.2.1.2 SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA	102
5.2.1.3 DATI ISTAT	103
5.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA	103
5.2.3 PIANO OPERATIVO	105
5.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE	111
5.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA	111
5.3.2 PIANO OPERATIVO	113

6. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

PER LA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI	120
CONTENUTI	120
6.1. INTRODUZIONE	121
6.1.1 GLI INCIDENTI DOMESTICI NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA	121
6.1.2 FONTI INFORMATIVE	124
6.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE	125
6.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA	125
6.2.1 OBIETTIVI DEL SISTEMA	126
6.2.2 PIANO OPERATIVO	127
6.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE	132
6.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA	132
6.3.2 PIANO OPERATIVO	134

PRESENTAZIONE

Il presente documento contiene le linee di pianificazione strategica della regione Friuli Venezia Giulia in materia di prevenzione e i singoli piani per argomento. In questo modo avviene il completamento di quanto già precedentemente deliberato dalla Giunta regionale (Piano della prevenzione parte prima), così come previsto dalle disposizioni del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, in attuazione dell'accordo Stato Regioni di Cernobbio del 23 marzo 2005.

La regione Friuli Venezia Giulia, con delibera N. 2862 del 7.11.2005, ha già stabilito, con la sopraccitata prima parte del Piano della prevenzione, la strategia complessiva per quanto riguarda la prevenzione delle malattie infettive (campagne vaccinali), la prevenzione delle complicanze del diabete, la prevenzione secondaria in ambito oncologico (campagna di screening) e la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari. Questi progetti, successivamente alla fase di predisposizione del Piano attuativo, sono ora entrati nella fase operativa.

Con nota del 13 marzo 2006 il CCM ha ulteriormente definito la tempistica per la fase di attuazione complessiva del progetto di prevenzione a livello nazionale, prevedendo che per i temi trattati in questo documento debba essere predisposto un piano esecutivo completo di cronoprogramma entro il 30 giugno 2006.

Con delibera N. 3222 del 12 dicembre 2005 la Giunta regionale ha approvato il Progetto di Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006-2008 che delinea la strategia, gli obiettivi e le azioni che il sistema dovrà conseguire nel prossimo triennio. Al suo interno sono contenute anche le principali indicazioni strategiche in tema di prevenzione ed in particolare le linee di sviluppo per i 5 temi trattati in questo documento. Il Piano sanitario e sociosanitario ha ricevuto l'approvazione del Ministero della Salute comunicata con nota DGPROG/2-P/4359 del 27.02.2006 ed è in attesa del parere della Conferenza regionale per la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale e della III commissione consiliare per essere poi definitivamente approvato dalla Giunta regionale.

In questo documento non sono riportate le risorse necessarie per l'attuazione del Piano in quanto la loro quantificazione è demandata alla stesura del piano attuativo. La compatibilità rispetto al Bilancio regionale è legata solo in parte al finanziamento statale per l'attuazione del Piano nazionale della Prevenzione. A tutt'oggi non è avvenuta alcuna assegnazione di finanziamenti alle

regioni (sia per quelle a statuto speciale che per quelle a statuto ordinario) per l'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e quindi è desumibile che le stesse debbano essere reperite nel finanziamento generale del Sistema sanitario. Da questo punto di vista la regione Friuli Venezia Giulia nel Progetto di Piano sanitario e sociosanitario 2006-2008 ha previsto un incremento del 4 % del Fondo sanitario regionale e, nell'ambito di questa disponibilità, dovranno essere definite le priorità di intervento, tenendo conto anche delle manovre di razionalizzazione possibili. Pertanto, nella programmazione annuale le Aziende dovranno individuare le risorse e le azioni che, anno per anno, riterranno prioritarie. La regione, esercitando l'attività di indirizzo e controllo, dovrà perseguire il conseguimento degli obiettivi minimi ed omogenei su tutto il territorio attraverso gli atti formali di consolidamento dei programmi aziendali.

Il ragione delle disposizioni del comma 198 dell'articolo 1 della Legge finanziaria per il 2006 è emersa la necessità di ridurre negli anni 2006-2007-2008 il costo del personale il cui valore dovrà essere pari a quello registrato nell'anno 2004 diminuito dell' 1 % (contro questa norma la regione Friuli Venezia Giulia ha presentato ricorso alla Corte costituzionale). La conseguente D.G.R. N.782/2006 ha definito le modalità per l'acquisizione del personale e le responsabilità dei Direttori generali rispetto al mantenimento dei Livelli essenziali di assistenza (tra cui anche la Prevenzione) ed in tal senso dovranno essere ricondotte le azioni previste dal presente Piano i cui tempi di attuazione potranno/dovranno essere rivisti con la Programmazione aziendale annuale.

1.1. SINTESI DEI PRINCIPALI CONTENUTI DEI SINGOLI PIANI

Vengono successivamente illustrati, in sintesi, i contenuti dei cinque piani di prevenzione, con particolare riferimento agli obiettivi individuati.

1.1.1 LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ

Il gruppo di lavoro regionale ha posto particolare attenzione alla necessità di attivare un sistema di raccolta di dati epidemiologici al fine di attuare una sorveglianza attiva sull'obesità nel Friuli Venezia Giulia ed ha impostato il Piano articolando gli interventi soprattutto nella fascia di età infantile. E' emersa inoltre la necessità di sviluppare interventi coordinati con particolare riferimento all'educazione alimentare e all'attività fisica. Il Piano prevede la configurazione di ambienti e contesti favorevoli, in grado di modificare i comportamenti e le abitudini attraverso il coinvolgimento di diversi attori:

- organi regionali (direzione cultura, direzione agricoltura)
- sistema sanitario (dipartimenti di prevenzione, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, IRCCS per l'infanzia Burlo Garofolo, medicina dello sport)
- organi istituzionali (comuni, scuole, CONI, MIUR ecc.)
- associazioni (cooperative, volontariato, società sportive, consulta studenti ecc.).

Sono previsti interventi di promozione dell'allattamento al seno, interventi in ambito scolastico ed aziendale (scelte nutrizionali corrette, menù delle mense), promozione dell'attività fisica nei giovani, adulti ed anziani, sviluppo di attività educative in collaborazione con le scuole.

Con attività amministrative interne saranno individuati i nominativi dei referenti per ciascun progetto e, nel seguente piano attuativo, saranno determinati i relativi costi per l'attuazione dei progetti.

1.1.2 LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI SUI LUOGHI DI LAVORO

In relazione al quadro epidemiologico del Friuli Venezia Giulia, che colloca la regione ai primi posti in Italia per frequenza relativa e gravità degli infortuni sul lavoro e che, parimenti, presenta anche elevati tassi di malattie professionali, l'occasione della predisposizione del Piano per la prevenzione degli infortuni sul lavoro è stata utile per affrontare anche il tema delle malattie

professionali, trattate nel documento in aggiunta a quanto previsto dal CCM. Il presente Piano ha recepito anche le osservazioni e le proposte formulate in diversi momenti dalle Organizzazioni sindacali, come previsto dal percorso di concertazione della programmazione sanitaria definito da questa regione e si raccorda con la L.R. 200/2003, 18/2005 e con il Programma triennale di politica del lavoro 2006-2008.

Il Friuli Venezia Giulia è in ritardo nell'attuazione della normativa regionale in merito alla prevenzione degli infortuni sul lavoro, in particolare per quanto riguarda il potenziamento dell'attività di vigilanza e l'acquisizione di risorse; appare quindi prioritario completare l'attuazione di quanto previsto dalla normativa regionale di settore.

Le direttive del Piano riguardano lo sviluppo del sistema di sorveglianza e la realizzazione di interventi di prevenzione. Per la realizzazione degli interventi sono necessari coordinamento e integrazione di diversi soggetti:

- organi regionali (direzione cultura, direzione lavoro, ARPA)
- sistema sanitario (dipartimenti di prevenzione, strutture operative prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro)
- organi istituzionali (ISPESL, INAIL, Università, Autorità giudiziaria, Direzione provinciale del lavoro, Forze dell'ordine, Comitato ex articolo 27 D.Lgs. 626/94, scuole, enti di formazione)
- associazioni (commerciati, artigiani, industriali, ecc.).

Il Piano prevede i seguenti interventi:

- monitoraggio delle risorse umane, tecniche, dei bisogni formativi e degli aspetti economici delle singole UOPSAL
- sviluppo di un programma informatico regionale per la gestione delle attività UOPSAL
- partecipazione delle UOPSAL a progetti nazionali per la prevenzione degli infortuni sul lavoro
- aggiornamento dell'atlante regionale degli infortuni e della malattie professionali.
- prevenzione degli infortuni lavorativi: indagini
- prevenzione degli infortuni sul lavoro: sopralluoghi

- prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali: indagini di igiene industriale
- prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali: informazione e assistenza
- prevenzione delle malattie professionali
- sorveglianza sanitaria
- registro regionale degli esposti ad amianto
- formazione e informazione
- interventi di comparto: metalmeccanica, edilizia
- prevenzione dei rischi psicosociali.

1.1.3 LA PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DI ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI

Il piano regionale è rivolto prioritariamente alla prevenzione delle recidive in pazienti che hanno avuto sindromi coronariche acute ed angina stabile. In relazione alle qualificate esperienze di prevenzione cardiovascolare condotte in Friuli Venezia Giulia e alla disponibilità di un sistema informativo omogeneo diffuso in tutta la regione, il Piano prevede innanzitutto la raccolta e la elaborazione di informazioni desumibili dalle banche dati regionali. Un'altra area di intervento è la riabilitazione cardiovascolare su cui, recentemente, la Regione ha già pianificato nell'ambito del Piano regionale della riabilitazione (DGR N. 606 del 24.03.2005) e quindi in questa sede vengono confermate e sviluppate le azioni già previste. Il Piano prevede anche il recepimento delle proposte delle società scientifiche di cardiologia ed il pieno coinvolgimento delle associazioni di volontariato già molto attive nella regione.

Rispetto al sistema di sorveglianza, che vede protagonista l'Osservatorio epidemiologico dell'Agenzia regionale della sanità ed il registro regionale delle malattie cardiovascolari, sono state individuate le seguenti attività:

- sviluppo del Registro degli Eventi Coronarici Acuti
- sviluppo di indicatori sull'uso di strumenti di stratificazione del rischio e sulla correzione dei fattori di rischio nei pazienti con cardiopatia ischemica
- sviluppo di indicatori di appropriatezza e persistenza terapeutica nei pazienti con cardiopatia ischemica.
- sviluppo del Registro degli Eventi Cerebrovascolari Acuti

- sviluppo di indicatori sull'uso di strumenti di stratificazione del rischio e sulla correzione dei fattori di rischio
- sviluppo di indicatori di appropriatezza e persistenza terapeutica nei pazienti con cerebrovasculopatia e arteriopatia periferica.

Rispetto agli obiettivi specifici del programma di prevenzione sono stati individuati obiettivi vincolanti per le aziende ed obiettivi di interesse locale che possono essere modulati in relazione alle caratteristiche specifiche del territorio. Vengono adottati gli obiettivi principali del CCM che sono:

- indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente infartuato;
- indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio ed ai Medici di Medicina Generale sulle modalità di valutazione del paziente coronaropatico senza infarto;
- identificazione dei servizi e delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili;
- attuazione di un piano di formazione del personale sanitario nella prevenzione delle recidive;
- educazione dei pazienti, anche in collaborazione con le associazioni dei pazienti;
- indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente con accidente cerebrovascolare;
- indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente con rivascolarizzazione carotidea o periferica.

1.1.4 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

La regione Friuli Venezia Giulia presenta indicatori sfavorevoli rispetto alla media nazionale sul tema degli incidenti stradali ed in tal senso ha attivato da alcuni anni un gruppo di lavoro presso l'Agenzia regionale della sanità che si è raccordato con le aziende sanitarie regionali per alcune azioni. Anche in termini legislativi, si segnala l'approvazione della legge regionale 25 ottobre 2004, N. 25 "Interventi a favore della sicurezza e dell'educazione stradale" che prevede l'istituzione dell'Osservatorio per la sicurezza stradale e della Consulta regionale per la sicurezza stradale.

Nell'elaborazione del Piano sono state innanzitutto valorizzate le iniziative regionali in essere e sono state censite le numerose iniziative locali in tema di prevenzione degli incidenti stradali (in massima parte di sensibilizzazione ed educazione, ma anche di intervento sul campo in maniera

integrata con altri soggetti come, ad esempio, l'iniziativa della centrale operativa 118 di Udine con la Polizia stradale nell'area di Lignano). Il Piano è inoltre coordinato con la L.R. 25/2004 e con il Piano regionale per la sicurezza stradale in corso di elaborazione.

Le iniziative sono in massima parte interdisciplinari e interistituzionali e si prevede pertanto il coinvolgimento dei seguenti attori:

- organi regionali (direzione trasporti, direzione cultura, direzione lavoro, Agenda 21)
- sistema sanitario (dipartimenti di prevenzione, dipartimenti dipendenze, pronto soccorso, centrali operative 118)
- organi istituzionali (Università, INAIL, Autovie venete, ACI, scuole, Croce rossa italiana, Polizia stradale, Carabinieri, Vigili urbani.)
- associazioni (scuole guida, associazione donatori organi, ecc.)

Il piano prevede interventi formativi, di sorveglianza e programmi di prevenzione di seguito descritti.

1.1.4.1 Interventi formativi

- Promozione di interventi formativi nelle autoscuole
- Interventi formativi nelle scuole.
- Corsi per tecnici comunali, provinciali e professionisti
- Iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale
- Protocolli tra Ser.T. e Commissione Medica Patenti
- Promozione del trasporto sicuro dei bambini in automobile
- Interventi e iniziative di prevenzione relativi alle sostanze di abuso
- "Guida sicura": partecipazione, in alcune aree territoriali, al progetto del Ministero degli Interni
- Coinvolgimento del volontariato (Croce Rossa, Associazione Donatori Organi, ecc.) nelle iniziative di promozione della sicurezza stradale.

1.1.4.2 Interventi di sorveglianza

- analisi epidemiologica su fattori di rischio, con particolare riferimento all'abuso di alcool ed al mancato uso dei dispositivi di sicurezza, quali casco, cinture e seggiolino per i bambini

- analisi epidemiologica su fattori di rischio ambientale
- valutazione delle conoscenze e delle opinioni sui comportamenti alla guida e in sottopopolazioni specifiche.

1.1.4.3 *Interventi di prevenzione*

- Alleanze con le forze dell'ordine per intensificare i controlli su strada, con particolare riferimento all'uso dei dispositivi di sicurezza e alla guida in stato di ebbrezza (anche mediante l'estensione del progetto "Guida Sicura")

- Campagne informative e sviluppo di programmi di comunicazione e educazione per la promozione della sicurezza stradale e la modificazione di comportamenti a rischio (guida in stato di ebbrezza, sostanze d'abuso, dispositivi di sicurezza) condotte mediante alleanze con mass media e accordi tra DP e altre strutture (ad es. laboratori) sia sulla popolazione generale (ad es. tramite cartellonistica "promozionale") che su sottopopolazioni particolari (es. soggetti che hanno già avuto uno o più incidenti). Interventi a livello scolastico (Direzione cultura)

- Miglioramento qualità certificazioni di idoneità alla guida: formazione medici addetti (autoscuole), adozione questionari standardizzati per la rilevazione sostanze d'abuso.

Oltre a questi obiettivi, a carattere vincolante per il sistema regionale e conseguibili entro il periodo di vigenza del presente piano (obiettivi di primo livello), si individuano alcuni obiettivi di ulteriore sviluppo del sistema, conseguibili in un arco temporale più ampio (obiettivi di secondo livello), e segnatamente:

- Promuovere la cultura della sicurezza stradale in generale (collaborazione all'introduzione in ambito scolastico dell'insegnamento obbligatorio in materia di educazione stradale così come previsto dalle iniziative ministeriali) e avviare iniziative all'interno della Pubblica Amministrazione

- Sviluppare iniziative di promozione della mobilità sostenibile

- Promuovere a livello locale la valutazione della sicurezza stradale nella pianificazione urbanistica comunale e nelle scelte insediative

- Aumentare la sicurezza del lavoro sulle strade, riducendo gli infortuni in occasione di lavoro ed in itinere (convenzione DCPTMIT – INAIL).

1.1.5 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

Il documento analizza in sintesi il fenomeno degli incidenti domestici in Italia e nel Friuli Venezia Giulia. Dai dati disponibili emerge una situazione poco conosciuta ma rilevante per l'impatto

sulla mortalità, sulla invalidità e sulla disabilità. Gli accadimenti più frequenti sono le cadute, le ustioni e gli avvelenamenti. Le età maggiormente a rischio sono i bambini e gli anziani. La riduzione dei fattori di rischio presenti nelle abitazioni e un'adeguata informazione/formazione possono contribuire a ridurre la frequenza e la gravità degli eventi in tutte le fasce di età.

Il Piano prevede l'attivazione di un sistema di sorveglianza basato sulle informazioni sanitarie correnti di Pronto soccorso, Ricovero ospedaliero e Mortalità. E' prevista anche una indagine campionaria per lo studio delle modalità di accadimento degli infortuni e dei fattori di rischio associati negli anziani e nei bambini. Altre indagini campionarie riguardano la valutazione delle condizioni di rischio presenti nelle abitazioni dei lavoratori immigrati in Italia da meno di un anno e la conoscenza delle caratteristiche del lavoro domestico e dei rischi connessi.

Sul versante degli interventi di prevenzione sono previsti:

- La rilevazione dei rischi connessi agli aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni con attività di informazione e di proposizione di interventi mirati alla messa in sicurezza,
- La realizzazione di interventi informativi e formativi rivolti alla popolazione,
- La semplificazione del percorso relativo ai pareri del Dipartimento di Prevenzione sull'edilizia civile abitativa che orienti tale attività alla promozione della sicurezza domestica.

Anche per il perseguimento di questi obiettivi è previsto il coinvolgimento di altri attori quali l'ISPESL, i Comuni, le province, le scuole, le Associazioni, ordini professionali, le società di distribuzione di energia, gas, la magistratura e le Forze dell'ordine.

1.2. IL COORDINAMENTO REGIONALE

Il conseguimento dei risultati previsti, data la natura multidimensionale dei fattori di rischio che si intendono contrastare e la non esclusiva competenza del sistema sanitario riguardo alle tematiche oggetto dei diversi piani, dipende soprattutto dalla capacità del sistema di interagire con una moltitudine di attori appartenenti a diverse istituzioni, anche non dell'ambito sanitario, di diverse discipline e, talvolta, con interessi differenziati o contrapposti. Per tali motivi il ruolo di coordinamento regionale appare indispensabile affinché, sia i decisori del livello centrale, che gli operatori a livello periferico, siano a conoscenza della strategia definita e siano coinvolti attivamente nella sua realizzazione. Anche l'attuazione delle migliori pratiche di buona efficacia è destinata a fallire se essa non avviene in maniera integrata con altri soggetti interessati. La Direzione centrale salute e protezione sociale è responsabilizzata ad attivare le necessarie sinergie ed integrazioni con gli

organi di governo centrale di volta in volta interessati. Questo ruolo è indispensabile per preparare l'integrazione che dovrà avvenire a livello locale, prioritariamente tra le strutture del Servizio sanitario regionale (distretti, dipendenze, salute mentale, ospedali) e gli attori di volta in volta individuati.

Un altro elemento che rende indispensabile il coordinamento a livello regionale è riconducibile al fatto che vi sono obiettivi e azioni in comune tra i diversi Piani (es. la mobilità alternativa è un'azione di piano utile per la prevenzione dell'obesità, per la promozione dell'attività fisica, per la riduzione degli incidenti stradali, per la prevenzione delle recidive cardiovascolari); è quindi necessario un approccio unitario al problema per evitare di incorrere in duplicazioni di azioni e di accordi che hanno valore solo per un singolo progetto.

Peraltro, a livello regionale operano già gruppi di coordinamento specifici e gruppi di lavoro sui temi della prevenzione (tavolo della promozione della salute, ospedali per la promozione della salute, coordinamento dei dipartimenti della prevenzione, igiene degli alimenti, medicina del lavoro ecc.) che dovranno essere parte attiva nel perseguire il raccordo tra le diverse azioni pianificate.

Pertanto, gli obiettivi del Coordinamento regionale sono:

- integrare il sapere tecnico (esperienze, conoscenze specifiche, competenze sull'organizzazione) con la rappresentatività territoriale
- attivare e garantire i rapporti con gli attori esterni alla Sanità in modo autorevole, univoco e permanente
- essere garante, in sede di programmazione strategica, di una conoscenza metodologica, scientifica ed organizzativa al fine di individuare le risorse minime da impiegare in ogni realtà locale al fine di realizzare progetti omogenei, realistici ed efficaci
- facilitare la conduzione e l'attuazione dei progetti (trasferimento di competenze tra aziende, attivazione di sinergie, adozione di metodi comuni ecc.).

In riferimento alla fase attuativa, come previsto dalla L.R. n. 37/95 e 49/96, è l'Agenzia regionale della sanità che, in base ai contenuti delle Linee di gestione annuali, negozia con i Direttori generali gli obiettivi da conseguire nell'anno, verifica la coerenza dei Programmi annuali rispetto agli obiettivi, monitora il livello di attuazione e verifica i risultati raggiunti. Anche per il Piano di prevenzione è previsto quindi l'iter di cui sopra con la conseguente responsabilizzazione dei Direttori generali delle aziende sanitarie rispetto agli obiettivi da conseguire e, successivamente, a cascata, delle strutture operative aziendali. Si prevede che la Direzione centrale salute e protezione sociale

verifichi il livello complessivo di realizzazione delle strategie utilizzando le procedure di valutazione dell’Agenzia regionale della sanità sopra descritte, integrandole con verifiche condotte direttamente su tematiche di rilevanza strategica o sovraziendale.

Una evidente criticità emersa nel corso dei lavori di predisposizione del presente Piano è rappresentata dalla forte disomogeneità degli interventi messi in atto nelle aziende sanitarie sui diversi temi di prevenzione, interventi, peraltro, spesso realizzati con modalità operative differenti. Talvolta, le priorità di intervento non sono direttamente correlate con le priorità dell’area territoriale in questione e non tutti gli interventi (specie quelli autoreferenziali) sono sempre riconducibili alle pratiche di prevenzione basate sulle prove di efficacia. Queste situazioni determinano un inefficiente utilizzo delle risorse che, pur presenti nel sistema, in taluni casi, non vengono indirizzate al raggiungimento di obiettivi prioritari rispetto ai bisogni della popolazione. Uno degli obiettivi principali del Piano e del coordinamento regionale è la necessità di riorientare l’utilizzo delle attuali risorse su obiettivi minimi ed omogenei a livello regionale e individuare le azioni di comprovata efficacia da attivare diffusamente a livello locale. Anche su questi temi appare necessario che la Direzione centrale salute protezione sociale eserciti l’attività di verifica a livello strategico e che l’Agenzia regionale della sanità presidi il livello attuativo, comprensivo degli interventi di indirizzo.

A livello aziendale, nella maggior parte dei casi, le strutture responsabili dell’attuazione del Piano della prevenzione saranno i Dipartimenti di prevenzione e le strutture operative ad essi afferenti (es. per infortuni sul lavoro ci sarà la responsabilizzazione delle UOPSAL). Il presente Piano, però, non individua le singole strutture aziendali responsabili per l’attuazione a livello locale, né pianifica la costituzione di nuove strutture aziendali dedicate agli incidenti stradali, all’obesità, agli incidenti domestici o alla prevenzione cardiovascolare. Come già stabilito al paragrafo precedente, è il Direttore generale dell’azienda il responsabile del conseguimento degli obiettivi assegnati nei confronti degli organi regionali, ferma restando la possibilità che egli individui all’interno dell’azienda anche professionalità e strutture diverse dai Dipartimenti della prevenzione per l’attuazione di particolari aspetti del Piano.

Il ruolo dei Dipartimenti di prevenzione appare comunque imprescindibile nella realizzazione del presente Piano, in quanto depositari delle conoscenze epidemiologiche del proprio territorio e delle capacità tecnico-professionali necessarie alla realizzazione degli obiettivi. Inoltre, nella maggior parte dei casi, i Dipartimenti di prevenzione hanno già avviato iniziative locali rispetto ai 5 temi in oggetto e hanno già attivato canali di integrazione con gli organi istituzionali, con le associazioni e con altri soggetti coinvolti nella realizzazione del Piano. Pertanto, in questa fase di avvio del Piano della prevenzione, è prevedibile che nella maggioranza dei casi (il Piano per la prevenzione delle

recidive cardiovascolari potrebbe essere un'eccezione), la parte più cospicua delle azioni e delle responsabilità saranno assegnate ai Dipartimenti di prevenzione.

Rispetto alle strutture coinvolte, appare necessario considerare anche il ruolo previsto dalla L.R. n. 23/2004 per il distretto sociosanitario che, in qualità di garante della salute per i cittadini residenti nel proprio territorio di competenza, dovrà assumere anche il ruolo di conoscitore dei bisogni del proprio territorio e diventare parte attiva nei programmi di prevenzione. Il distretto dovrà integrarsi con le attività e le strategie del Dipartimento di prevenzione ed intrattenere rapporti con gli altri attori locali del sistema (Comune, associazioni, scuole ecc.). In questa fase di avvio dell'attuazione delle disposizioni delle L.R. 23, che vede i Distretti impegnati nell'acquisizione dell'autonomia, nella redazione e nella prima attuazione dei Programmi per le attività territoriali e dei Piani di zona, non appare proponibile l'obiettivo che il distretto diventi nell'immediato ed a pieno titolo il principale attore strategico locale per la realizzazione dei Programmi di prevenzione, ma nel medio - lungo periodo, dovrà diventare parte attiva e responsabile, sia nella individuazione dei bisogni, che nella integrazione e collaborazione con il Dipartimento di prevenzione e con gli altri attori affinché siano realizzate sul suo territorio le pratiche preventive più efficaci e complete. Da subito dovranno essere ricercate le sinergie con gli Ambiti al fine di condividere i programmi e coordinare gli interventi (si pensi al ruolo del Servizio di assistenza domiciliare nel rilevare situazioni di rischio per gli incidenti domestici, all'alimentazione ed all'attività fisica nell'anziano, alla mobilità) ed alla necessità di attivare momenti formativi integrati con gli enti locali per la parte tecnica relativa, per esempio, ai concetti di casa sicura, di abitare anziano o di mobilità e viabilità.

Considerando che le attività di formazione sono il presupposto essenziale per il cambiamento che questo Piano intende promuovere, appare necessario prevedere un coordinamento regionale anche per queste attività. La strategia regionale in tema di formazione e, principalmente i programmi ECM aziendali, dovranno essere orientati a creare le precondizioni culturali necessarie per l'attuazione delle azioni previste nelle diverse schede del presente documento. E' evidente che, rispetto a questi programmi, dovranno essere privilegiate le iniziative sovrazieziali, di area vasta e quelle che coinvolgono diversi profili professionali e diverse istituzioni.

1.3. PIANO TERRITORIALE REGIONALE E PIANO DELLA PREVENZIONE

La L.R. 30/2005 "Norme in materia di piano territoriale regionale" dispone la sostituzione del Piano urbanistico regionale generale con il Piano territoriale regionale (PTR) e stabilisce che la

programmazione avvenga in conformità alle procedure di Valutazione ambientale strategica e alle metodologie di Agenda 21.

La predisposizione del PTR costituisce l'occasione per integrare la programmazione sanitaria con quella territoriale al fine di favorire ambienti e contesti di vita e di lavoro orientati verso la promozione della salute, intesa secondo la definizione OMS (Carta di Ottawa per la Promozione della Salute - Ginevra 1986), quale "processo socio-politico globale che comprende non solo le azioni finalizzate al rafforzamento delle capacità e delle competenze individuali, ma anche l'azione volta a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche in modo tale da mitigare l'impatto che esse hanno sulla salute dei singoli e della collettività."

Si tratta di promuovere uno sviluppo territoriale sostenibile, partecipato ed integrato, in grado di soddisfare le esigenze del presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri bisogni ricercando equità nella salute, partecipazione, condivisione di valori sociali, politici, etici, spirituali e interdisciplinarietà.

I principali aspetti ed elementi considerati dalla pianificazione sanitaria e territoriale con modalità integrate sono relativi alla mobilità e all'impatto che la realizzazione di alcune opere edilizie ospedaliere possono avere sul territorio.

Per quanto riguarda la mobilità, questo aspetto è affrontato dalla pianificazione sanitaria sia nel piano di prevenzione degli incidenti stradali e degli infortuni lavorativi per gli aspetti attinenti alla sicurezza, che nei piani di prevenzione dell'obesità e delle patologie cardiovascolari per quanto riguarda la mobilità nelle sue forme alternative.

Alcuni interventi di provata efficacia in tema di mobilità sostenibile che di concerto con la pianificazione sanitaria, potranno essere inseriti nel PTR sono, tra gli altri: incremento delle rotonde in sostituzione dei semafori, incremento delle zone 30 all'ora, aumento delle piste ciclabili urbane e interurbane, dei passaggi pedonali illuminati, potenziamento dell'illuminazione pubblica nelle zone periferiche, sviluppo di viabilità alternativa (parcheggi intermodali nelle zone di interscambio), promozione della conurbazione per contrastare l'occupazione progressiva del territorio, organizzazione delle funzioni territoriali in modo da consentire un miglioramento della fruibilità delle stesse da parte di tutti gli utenti della strada (pedoni, ciclisti, conducenti di veicoli a motore), esclusione degli assi viari di interesse sovra comunale da politiche urbanistiche che favoriscano l'ulteriore aggravio insediativo, previsione di una organizzazione delle infrastrutture della logistica per la mobilità delle merci che consenta al relativo traffico di non attraversare i centri abitati,

superamento della separazione tra pianificazione del sistema dei trasporti e della localizzazione delle funzioni in relazione alle condizioni di accessibilità di queste.

Inoltre, è importante sottolineare che nel futuro sistema di pianificazione comunale i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende per i servizi sanitari possono avere un ruolo chiave nella fase della VAS (valutazione ambientale strategica) che richiede la valutazione sui possibili effetti significativi per la salute delle scelte di pianificazione territoriale.

La metodologia di intervento prevede un forte coordinamento tra i diversi soggetti istituzionali e con altri soggetti esterni in quanto parti interessate o comunque coinvolte nel tema.

Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla realizzazione di opere edilizie ospedaliere previste dalla progettualità regionale nei prossimi dieci anni, in considerazione della rilevanza di alcune di queste opere e dell'impatto che possono avere anche in termini di viabilità complessiva e di utilizzo del territorio (trasporti pubblici e privati, merci, utenti e visitatori, aree attrezzate, negozi, ecc.), viene rilevata la necessità di definire con una visione più ampia le strategie per collocare opportunamente l'ospedale nel suo territorio, anche mediante una maggiore integrazione tra le istituzioni interessate e lo sviluppo di forme di partecipazione a livello locale.

PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008 PER LA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELL'OBESITÀ

CONTENUTI

2.1. INTRODUZIONE

2.1.1 L'OBESITÀ E IL SOVRAPPESO NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

2.2. SISTEMI DI SORVEGLIANZA

2.3. PROGRAMMI DI PREVENZIONE

2.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

2.3.2 PIANO OPERATIVO

2.1. INTRODUZIONE

L'obesità rappresenta, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, uno dei principali problemi di salute pubblica per il quale però non sono state ancora messe in atto efficaci strategie di prevenzione. Si stima infatti che tale condizione si stia diffondendo in misura sempre più rilevante in molti paesi e che, in assenza di azioni immediate, possa causare nella popolazione problemi sanitari rilevanti.

La programmazione sanitaria a livello nazionale ha, con il Piano Sanitario 2003 – 2005 (che riprende il precedente piano), posto come priorità la promozione di stili di vita salutari, tra cui un corretto comportamento alimentare e lo svolgimento di una regolare attività fisica.

Alcuni elementi, di seguito sinteticamente riportati, possono contribuire a tracciare un quadro generale del fenomeno a livello della popolazione italiana:

- al di sopra dei 18 anni di età, tra il 30 e 40% della popolazione è in sovrappeso o obesa.
- già in età scolare si osservano percentuali rilevanti di soggetti in sovrappeso, e l'incremento ponderale nei primi 5 anni di vita rappresenta un fattore di rischio rilevante
- lo stile di vita più diffuso è caratterizzato da sedentarietà e da un bilancio energetico alimentare positivo
- le condizioni socio economiche e le aree di residenza costituiscono un fattore importante nella distribuzione del rischio

La regione Friuli Venezia Giulia ha già considerato questo problema in diversi documenti di programmazione sanitaria, affidando in particolare ai dipartimenti di prevenzione specifiche azioni sull'alimentazione intesa come strumento di prevenzione.

Alcune iniziative, sia di tipo conoscitivo che preventivo, sono già state avviate a livello locale dalle singole aziende sanitarie.

Il presente piano, a partire dalle informazioni disponibili e dalle esperienze effettuate, individua una serie di obiettivi ritenuti prioritari e estensibili all'intero territorio regionale.

2.1.1 L'OBESITÀ E IL SOVRAPPESO NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Le fonti informative utilizzate per tracciare un quadro del fenomeno obesità e sovrappeso in regione, nonché per qualificare e quantificare comportamenti a rischio, si basano sulle indagini multiscopo ISTAT, sui primi risultati dello studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e su alcune rilevazioni in ambito locale.

In FVG, sulla base di un campione di 600 soggetti studiati da PASSI (dati 2005), si stima che il 31% della popolazione tra i 18 e 69 anni sia in una condizione di sovrappeso e che il 9% sia obeso. Tale condizione aumenta con il crescere dell'età, raggiungendo livelli del 54% negli ultracinquantenni.

Tra questo gruppo di persone in sovrappeso o obese, solo una su quattro riferisce di seguire una dieta e solamente una su cinque di praticare attività fisica.

Questi dati sono consistenti con quelli derivabili dall'indagine multiscopo ISTAT, che per l'anno 2000 rileva una percentuale di obesi di 8,7% e una percentuale del 35% di soggetti in sovrappeso nelle persone sopra i 15 anni di età.

Un'indagine condotta a livello locale su un campione di 607 bambini di prima e quinta elementare (Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale", 2005) ha rilevato nell'area di Pordenone una prevalenza di sovrappeso e di obesità pari rispettivamente al 21,4% e 4,5%. Nei genitori di questi bambini (1.195 soggetti), circa il 38% risultava essere in sovrappeso o obeso.

Per quanto concerne le abitudini alimentari, sulla base dello studio PASSI la maggior parte delle persone residenti in Friuli Venezia Giulia (92%) dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, mentre solamente il 13% aderisce alle raccomandazioni che prevedono il consumo di cinque porzioni di frutta e verdura al giorno. Questo dato sarebbe nettamente migliore di quello rilevato nel 2000 dall'indagine multiscopo ISTAT, dove solamente il 62% della popolazione dichiarava di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.

Per quanto riguarda l'attività fisica, lo studio PASSI stima che il 63% della popolazione residente in regione non pratici una attività fisica in misura sufficiente e che il 15% sia completamente sedentario.

2.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

In attesa della definizione da parte del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie e delle Regioni e Province autonome di un sistema di sorveglianza su sovrappeso e obesità, questa regione intende sostenere e avvalersi del sistema PASSI, considerato che tra i principali ambiti oggetto dello studio vi sono attività fisica e alimentazione, al fine di disporre di informazioni sia sulla condizione di sovrappeso e obesità che sui fattori di rischio (sedentarietà, nutrizione scorretta). Inoltre si intendono favorire alcune indagini epidemiologiche già avviate o da avviarsi a livello locale, agganciate a specifiche iniziative di prevenzione.

2.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

Obiettivo generale del presente piano è la riduzione della prevalenza dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione residente nel territorio regionale, mediante la diffusione di corretti stili di vita riguardanti soprattutto la promozione dell'attività fisica e la corretta alimentazione. Particolare attenzione è riservata alle fasce di età infantile e alle donne in età fertile (promozione dell'allattamento al seno).

Le azioni collegate agli obiettivi di seguito declinati prevedono un approccio interdisciplinare e intersettoriale al problema e l'attivazione delle comunità locali, al fine di aumentare l'impatto positivo sui determinanti sociali, economici, ambientali e culturali e quindi di favorire modelli comportamentali, contesti e ambienti orientati verso il mantenimento e la promozione della salute.

Nell'individuare gli obiettivi e i relativi programmi si è tenuto conto del seppur incompleto quadro epidemiologico e delle numerose iniziative già in atto, sviluppate prevalentemente dai SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione e dai Servizi per la Promozione della Salute, nonché dall'IRCCS Burlo Garofolo, che possono essere schematicamente ricondotte ai seguenti campi di azione:

- *Interventi di educazione alimentare e di counselling nutrizionale*
- *Attività di controllo nelle mense scolastiche finalizzata a validare, secondo le linee guida nutrizionali, i menù delle mense scolastiche*
- *Progetti di intervento in ambito scolastico caratterizzati da una fase di indagine epidemiologica e da interventi preventivi, sia sugli alunni che sui genitori (ad esempio:*

progetto “Contratto della merenda” e progetto “Stili di vita come fattori di promozione della salute”)

- *Formazione operatori sanitari e scolastici*
- *Formazione genitori*
- *Promozione dell’allattamento al seno*
- *Promozione dell’attività fisica*

2.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

Il presente piano si sviluppa sulle seguenti direttrici:

a) *Attività di formazione, di studio epidemiologico del fenomeno e di attivazione delle risorse delle comunità locali*

- *Interventi formativi personale sanitario e scolastico*
- *Sviluppo a livello regionale dello studio PASSI e di indagini mirate a livello locale*
- *Sviluppo di strumenti partecipativi per il coinvolgimento delle comunità locali*

b) *Attività di prevenzione dei fattori di rischio:*

Sviluppo di programmi intesi a favorire l’attività fisica

- *Promozione di una corretta nutrizione, anche a livello di ristorazione collettiva-*

c) *Attività di informazione – educazione*

- *Programmi informativi educativi rivolti alla popolazione generale, ai bambini e ai genitori*
- *Counselling nutrizionale*

Con nota successiva saranno comunicati i nominativi dei referenti per ciascun progetto e, nel piano attuativo, determinati i relativi costi.

2.3.2 PIANO OPERATIVO

Titolo del progetto: Obiettivo P.1 Promuovere e sostenere, presso le donne in età fertile, l'allattamento esclusivo al seno fino al sesto mese di vita e in ogni caso fino a quando madre e bambino/a lo desiderino.

Estremi e riferimenti dei referenti regionali del progetto: vedi nota paragrafo *Obiettivi del programma*

Dimensione del problema: Il progetto regionale per la promozione dell'allattamento al seno, basato su definizioni, metodi e interventi raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'UNICEF, è attivo dal 1998. Obiettivi del progetto la promozione attiva e il monitoraggio del numero di bambini allattati al seno in regione

Il sistema di sorveglianza, attivo dall'anno 2000, comprende tutti i nati residenti in regione, con una raccolta dati effettuata nei punti nascita e presso i centri vaccinali delle aziende sanitarie. La rilevazione, che riguarda la tipologia di alimentazione in atto nel bambino in quel momento, viene effettuata tramite due schede: la prima, compilata al momento della dimissione a domicilio dal punto nascita; la seconda viene compilata al momento della seconda vaccinazione (4°-5° mese).

Di seguito si riportano i risultati ottenuti dal sistema di sorveglianza, che riguarda tutti i nuovi nati, per quanto riguarda la tipologia di allattamento rilevata alla dimissione dal punto nascita (49.813 bambini nei sei anni di osservazione) e in occasione della seconda vaccinazione, a 4 – 5 mesi di età (46.368 bambini nei sei anni di osservazione).

Grafico 1 – Friuli Venezia Giulia: percentuale di bambini allattati al seno, alla dimissione ospedaliera dal punto nascita, per anno e tipologia.

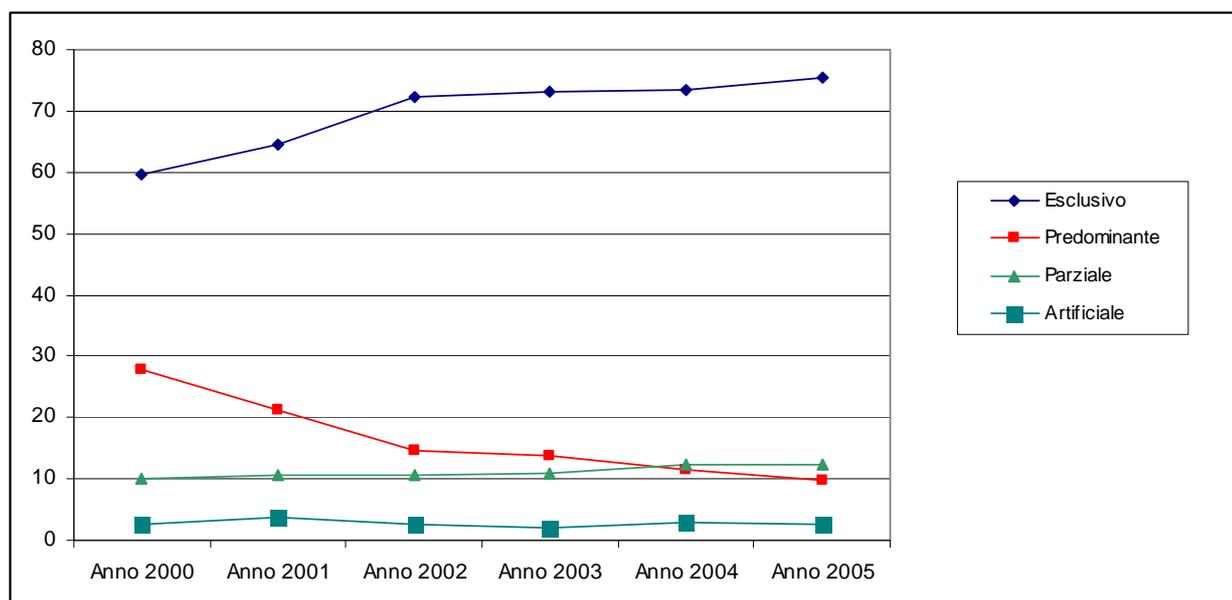
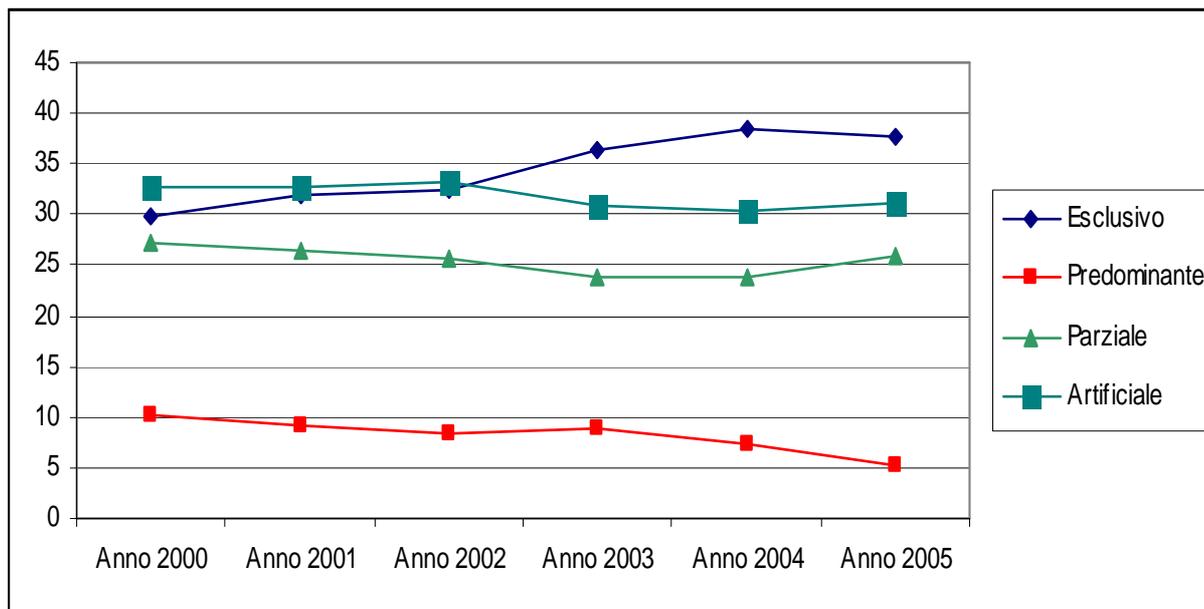


Grafico 2 – Friuli Venezia Giulia: percentuale di bambini allattati al seno, alla seconda vaccinazione, per anno e tipologia.



Per le definizioni sulla tipologia dell'allattamento, si sono adottate quelle raccomandate dall'OMS e internazionalmente riconosciute, di seguito riportate:
Allattamento esclusivo: latte materno (succhiato o spremuto), gocce o sciroppi medicinali (vitamine, minerali, farmaci), e nient'altro.
Allattamento predominante: come sopra, ma sono ammessi liquidi non nutritivi (acqua, semplice o zuccherata, bevande acquose come tè, camomilla, tisane, infusioni, succhi di frutta non zuccherati, soluzioni per reidratazione orale).
Allattamento parziale: come sopra, ma con l'aggiunta di alimenti nutritivi liquidi (latte liquido o in polvere, brodi di carne o vegetali), semiliquidi (pappe di cereali, frutta, verdura, carne, pesce), e solidi (biscotti).
Allattamento artificiale (non allattamento al seno): alimentazione senza latte materno.

Si è però ancora lontani da quanto raccomandato dall'OMS. I dati del 2005 mostrano una prevalenza dell'allattamento al seno esclusivo alla dimissione dall'ospedale del 75% ed al momento della seconda vaccinazione obbligatoria (4°-5° mese di età) del 38%. Dati raccolti nel 2000 su una coorte di circa 400 bambini (peso alla nascita oltre 2000 g, esenti da malattie gravi) nati negli ospedali di Pordenone, Tolmezzo, Udine e Trieste mostrano una prevalenza dell'allattamento esclusivo a sei mesi del 2,7%, variabile tra 2% e 5% nelle quattro aree studiate, indice di variabilità nelle pratiche di molti servizi ospedalieri e nella capacità degli operatori sanitari di promuovere e sostenere l'allattamento al seno dopo la dimissione.

Sembra quindi necessario effettuare degli interventi migliorativi. Tali interventi saranno facilitati dall'esistenza di raccomandazioni e linee guida uniformi, basate su prove scientifiche, condivise, adattate alle diverse realtà locali. Tali linee guida sono state elaborate nel 2003, dal gruppo regionale per la promozione dell'allattamento al seno, coordinato dall'Agenzia Regionale della Sanità.

Nella scheda di seguito riportata viene sintetizzato il programma di intervento.

Ambito	Descrizione
Finalità generale e obiettivi specifici	Promozione dell'allattamento al seno in forma esclusiva (latte materno gocce o sciroppi medicinali - vitamine, minerali, farmaci, e nient'altro) nei primi sei mesi di vita e, successivamente, la continuazione dello stesso fino a quando madre e bambino lo desiderino
Ambito territoriale	Intera regione
Struttura di riferimento	ARS
Fonti e flussi informativi	Sistema di sorveglianza specifico, con rilevazioni presso i punti nascita e in occasione della seconda vaccinazione (4 – 5 mesi di età), valutando la fattibilità di estendere la sorveglianza sino al sesto mese di vita.
Metodo e azioni	Aggiornamento delle linee guida per la promozione dell'allattamento al seno elaborate dallo specifico gruppo di lavoro regionale, coordinato dall'Agenzia Regionale della Sanità, e loro diffusione agli operatori della rete dei servizi ospedalieri e territoriali coinvolti. Stesura e realizzazione di progetti obiettivo, finalizzati all'accreditamento di tutti gli ospedali con punto nascita come Ospedali Amici dei Bambini (attualmente solo l'ospedale di Pordenone ha raggiunto questo obiettivo) e, in futuro, all'accreditamento delle Aziende sanitarie. Programmazione di interventi di informazione e formazione dei futuri genitori e neo genitori.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Dipartimenti di prevenzione, servizi di promozione salute, Distretti, PLS, MMG e UU.OO. ospedaliere coinvolte Soggetti extra SSR coinvolti: Direzione regionale cultura, Scuole, Comuni, Associazioni
Piano di formazione	Estensione e completamento dell'attività di formazione rivolta agli operatori sanitari (ospedalieri: U.O. e servizi di ostetricia, neonatologia, pediatria. Territoriali: consultori pediatrici, familiari, dipartimento di prevenzione, farmacisti, PLS e MMG) e agli operatori di altri servizi (servizi sociali comuni, nidi di infanzia) mediante corsi di aggiornamento regionali che permettano una diffusione/consolidamento della conoscenza al fine di definire una linea d'azione unica e condivisa a livello regionale. L'azione deve interessare il personale che lavora con la donna in gravidanza in quanto può favorire una sensibilizzazione al problema alimentazione sia per la donna in sé che per il nuovo nascituro e la famiglia. Il programma deve necessariamente continuare a seguire la mamma con il bambino e deve coinvolgere le figure che a vario titolo ruotano intorno al bambino nel caso questo frequenti una comunità (nido d'infanzia).
Indicatori di processo	Disponibilità linee guida aggiornate e materiale informativo Numero di eventi e incontri organizzati Numero di operatori coinvolti
----- risultato	----- % bambini allattati esclusivamente al seno
Cronogramma	Aggiornamento linee guida e definizione strategia formativa: 2006 Avvio eventi: 2007

Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione: vedi paragrafo *Il coordinamento regionale*

Stima dei costi previsti per la realizzazione: vedi nota paragrafo *Obiettivi del programma*

Titolo del progetto: Obiettivo P.2 - Favorire nelle scuole la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette, con speciale riguardo all'eccessivo introito energetico da spuntini calorici e bevande dolcificate. Promuovere, nelle mense aziendali, la composizione di menù che consentano scelte dietetiche sane.

Estremi e riferimenti dei referenti regionali del progetto: vedi nota paragrafo *Obiettivi del programma*

Dimensione del problema: vedi paragrafo 1.1

Ambito	Descrizione
Finalità generale e obiettivi specifici	Promuovere abitudini alimentari nutrizionalmente corrette nei bambini in età prescolare (scuole materne) e scolare (scuole elementari), con particolare riferimento al contrasto dell'eccessivo introito energetico derivante da bevande dolcificate e spuntini ipercalorici.
Ambito territoriale	Intera regione. Prevista una fase pilota in alcune Aziende sanitarie.
Struttura di riferimento	ARS DCSPS
Fonti e flussi informativi	Rilevazione ad hoc
Metodo e azioni	<p>Continuazione e qualificazione delle attività di controllo qualitativo dei menù scolastici da parte dei dipartimenti di prevenzione. Produzione di linee di indirizzo regionali sulle offerte relative a spuntini e merende in ambito scolastico (e ricreativo: coordinamento con medicina dello sport) proposte dai Dipartimenti di Prevenzione ed approvate dalla DCSPS e ARS con il coinvolgimento dei SMI territoriali, dei pediatri ospedalieri, PLS e MMG .</p> <p>Condivisione delle linee di indirizzo, sostenute con Istruzione, Cultura, Sport, Università, Politiche Agricole, Commercio, Industria, Amministrazioni locali. Atti formali d'intesa tra le parti.</p> <p>I Dipartimenti di prevenzione favoriscono e coordinano in relazione con ARS e DCSPS, nell'ambito della cabina di regia regionale per l'attuazione dei piani della prevenzione, (tenuto conto del ruolo storico istituzionale che i SIAN ed i Servizi Veterinari ricoprono nel settore della ristorazione collettiva scolastica, della produzione e del commercio alimentare) le attività previste dalle linee guida per la realizzazione del progetto: creazione della rete locale con le realtà indicate tra le collaborazioni.</p> <p>Attuazione di campagne informative rivolte a genitori, popolazione generale sostenute da incontri effettuati da scuola-sanità</p> <p>Incentivazioni regionali per distribuzione di prodotti agroalimentari tipici e tradizionali (L.R. 15/2000 "Norme per l'introduzione dei prodotti biologici, tipici e tradizionali nelle mense pubbliche e per iniziative di educazione alimentare").</p> <p>Promozione del consumo di frutta e verdura in ambito scolastico ("Progetto merenda": sostituzione merendine ipercaloriche con frutta e verdura fresca)</p> <p>Promozione dell'utilizzo dell'acqua di acquedotto rispetto alle bevande dolcificate.</p> <p>Eliminazione della pubblicità diretta o indiretta di alimenti in ambito scolastico.</p>

Assetto organizzativo	Soggetti SSR: ARS, DCSPS, Dipartimenti di prevenzione (SIAN, Servizi veterinaria), pediatri ospedalieri, PLS, MMG, PES Soggetti extra SSR: Servizi di ristorazione scolastica, aziende di distribuzione di alimenti e/ o di ristorazione collettiva, aziende di distributori automatici, Ufficio scolastico regionale (MIUR) Produttori locali di frutta, verdura, latte e derivati (collegamento con le indicazioni delle Politiche agricole su Dop, IGP, biologico)
Piano di formazione	Formazione dei formatori attraverso corsi di aggiornamento regionali per la condivisione dei contenuti e dei linguaggi Corsi di formazione validati a livello regionale (inseriti nelle linee guida) per gli insegnanti su alimentazione ed attività fisica con particolare rilievo al legame territorio-modello alimentare ed attività fisica-salute (Dipartimenti di prevenzione). E' prevista la realizzazione di Kit didattici ad uso dei docenti (col supporto degli operatori SIAN/PES sulla base delle esperienze agite).
Indicatori di processo	% delle scuole con menù valutati dai dipartimenti di prevenzione Produzione linee di indirizzo Stipula di accordi e atti formali di intesa con le parti interessate Campagne informative realizzate (almeno 1 per ASS) Incentivi regionali per distribuzione prodotti agroalimentari tipici e tradizionali (L.R. 15/2000)
----- risultato	----- % di popolazione scolastica coinvolta in interventi di promozione al consumo di spuntini normocalorici e acqua di acquedotto Misurazione dei resti di frutta e verdura in un campione di mense scolastiche Valutazione dell'effettivo consumo di frutta e verdura in un campione di scuole % di mense scolastiche con capitolati di appalto controllati da DP Tipologia e qualità dell'offerta nutrizionale nelle scuole
Cronogramma	Attivazione della rete con avvio della produzione di documenti entro 2006 Avvio delle attività previste dal programma di intervento dal 2007

Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione: vedi paragrafo *Il coordinamento regionale*

Stima dei costi previsti per la realizzazione: vedi nota paragrafo *Obiettivi del programma*

Titolo del progetto: Obiettivo P.3 Promozione dell'attività fisica e sviluppo, nei bambini, di attività educative su nutrizione e educazione al gusto

Estremi e riferimenti dei referenti regionali del progetto: vedi nota paragrafo *Obiettivi del programma*

Dimensione del problema: vedi paragrafo 1.1

Ambito	Descrizione
Finalità generale e obiettivi specifici	Promozione dell'attività fisica e sviluppo di attività educative rivolte ai bambini in età prescolare, scolare e ai ragazzi delle scuole media inferiori (soggetti dai 3 ai 19 anni) e superiori in tema di corretta alimentazione e educazione al gusto
Ambito territoriale	Intera regione
Struttura di riferimento	ARS, DCSPS
Fonti e flussi informativi	Rilevazioni ad hoc
Metodo e azioni	<p>Produzione di linee guida su modelli operativi di lavoro in tema di alimentazione ed attività fisica elaborate dai Dipartimenti di prevenzione ed approvate dalla DCSPS, DCICSP e ARS (per approvazione si intende anche quella dei SMI territoriali, dei pediatri ospedalieri, PLS e MMG). Condivisione delle linee di indirizzo, sostenute con Istruzione, Cultura, Sport, Università, Politiche Agricole, Commercio, Industria, Amministrazioni locali. Atti formali d'intesa tra le parti. Nello specifico sono necessari accordi a livello regionale con l'Istruzione e Cultura su tali linee guida e sui progetti per alimentazione ed attività fisica da privilegiare e sostenere nella scuola</p> <p>Incontri con amministrazioni comunali su stesura capitolati – menù scolastici (vedi obiettivo P.2. Attività già svolta anche su indicazioni di carattere regionale. Esiste già un testo pubblicato dalla regione FVG dedicato alla ristorazione collettiva con indirizzi sui capitolati d'appalto) aspetti ambientali e gestionali delle mense e refettori – utilizzo spazi ricreativi – piste ciclabili e pedonali. (Dipartimenti di prevenzione)</p> <p>Realizzazione di iniziative (meglio se congiunte tra sanità-scuola-amministrazione comunale) di informazione per le famiglie allo scopo di favorire scelte consapevoli e possibilmente coerenti con l'impegno svolto a scuola: incontri, feste, avvenimenti sportivi e ricreativi, opuscoli informativi.</p> <p>Accordi con operatori commerciali, agricoli, artigianali, ambientali per attività ed esperienze pratiche coerenti con i temi sviluppati dagli insegnanti formati: si possono ipotizzare laboratori del gusto e della produzione (produzione locale di formaggio, olio, farine...) realizzazione di musei etnografici, fattorie didattiche, percorsi per visite (anche festive per le famiglie) in tali strutture e nel territorio in cui insistono e da cui dipendono</p> <p>Richiesta di spazi di informazione sui mass media locali (giornali, radio, tv): informazioni su eventi ed iniziative, rubriche periodiche (sanità-scuola- amministrazione comunale o provinciale)</p> <p>Incentivazioni e/o premi per scuole e operatori impegnati su questi obiettivi</p>

	<p>Promozione di scelte politico-economico (leggi regionali dedicate) indirizzate allo sviluppo di produzione e commercio “sostenibile” (per produttori e consumatori) di alimenti “sani”</p> <p>Interventi sulla distribuzione automatica di bevande e alimenti e sui servizi bar interni per qualificare l’offerta dal punto di vista nutrizionale</p> <p>Eliminazione della pubblicità diretta e indiretta</p>
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR: ARS, DCSPS, Dipartimenti di prevenzione, Medicina dello sport, PES, MMG, PLS, pediatri ospedalieri</p> <p>Soggetti extra SSR: DCICSP, DCRANFM, Comuni, Servizi di ristorazione scolastica, aziende di distribuzione di alimenti e/o di ristorazione collettiva, Ufficio scolastico regionale (MIUR)</p> <p>Produttori locali di frutta, verdura, latte e derivati (collegamento con le indicazioni delle Politiche agricole su Dop, IGP, biologico)</p>
Piano di formazione	<p>Formazione dei formatori attraverso corsi di aggiornamento regionali per la condivisione dei contenuti e dei linguaggi</p> <p>Corsi di formazione validati a livello regionale (inseriti nelle linee guida) per gli insegnanti su alimentazione ed attività fisica con particolare rilievo al legame territorio-modello alimentare ed attività fisica-salute (Dipartimenti di prevenzione). E’ prevista la realizzazione di Kit didattici ad uso dei docenti (col supporto degli operatori SIAN/PES sulla base delle esperienze agite).</p>
Indicatori di processo	<p>Disponibilità linee guida</p> <p>Accordi formali interistituzionali</p> <p>Numero incontri con amministrazioni comunali</p> <p>Numero iniziative realizzate</p>
----- risultato	<p>-----</p> <p>% della popolazione scolastica coinvolta in interventi educativi in tema di attività fisica, educazione al gusto e corretta alimentazione</p> <p>% di bambini che svolgono regolare attività fisica rilevata in scuole campione</p> <p>Realizzazione di kit didattici co-progettati</p>
Cronogramma	<p>Attivazione della rete con produzione di documenti entro 2006</p> <p>Avvio delle attività previste dal programma di intervento dal 2007</p>

Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione: vedi paragrafo *Il coordinamento regionale*

Stima dei costi previsti per la realizzazione: vedi nota paragrafo *Obiettivi del programma*

Titolo del progetto: Obiettivo P.4 - Accrescere per bambini e adolescenti il tempo dedicato all'attività motoria dentro e fuori la scuola e incoraggiarli a svolgere almeno 60 minuti di attività fisica moderata/intensa giornaliera

Estremi e riferimenti dei referenti regionali del progetto: vedi nota paragrafo *Obiettivi del programma*

Dimensione del problema: vedi paragrafo 1.1

Ambito	Descrizione
Finalità generale e obiettivi specifici	Attività fisica nella popolazione 6 – 18 anni
Ambito territoriale	Intera regione e aree territoriali pilota
Struttura di riferimento	ARS, DCSPS
Fonti e flussi informativi	Rilevazione dell'attività motoria effettuata da bambini e adolescenti dentro e fuori la scuola in popolazioni campione del FVG. Attivazione di uno studio epidemiologico per valutare la prevalenza di sovrappeso e obesità attraverso la rilevazione dei dati antropometrici (BMI), degli stili alimentari e dell'immagine corporea negli adolescenti afferenti ai Servizi di Medicina dello Sport
Metodo e azioni	<p>Revisione qualitativa e quantitativa dell'attività fisica effettuata in ambiente scolastico, sia nell'orario stabilito per l'educazione fisica, sia al di fuori durante l'attività ricreativa o didattica.</p> <p>Co-progettazione con l'Ufficio scolastico regionale (MIUR), le direzioni provinciali e gli insegnanti referenti per la salute finalizzata al cambiamento dell'organizzazione scolastica</p> <p>Co-progettazione con le amministrazioni comunali e le direzioni scolastiche finalizzata a perseguire obiettivi unici nel finanziamento di iniziative di avviamento allo sport all'interno delle scuole</p> <p>Co-progettazione con le amministrazioni comunali e le direzioni scolastiche coinvolte di iniziative di mobilità alternativa e sostenibile sicura (attivazione di pedibus, apertura dei consigli comunali ai ragazzi in tema di mobilità, attivazione di progetti per adattare le strade cittadine all'uomo, etc)</p> <p>Collaborazione con il progetto "Città sane" e con il progetto "Strada facendo".</p> <p>Coinvolgimento dei PLS, MMG e operatori di Sanità Pubblica</p> <p>Organizzazione di un evento formativo e di aggiornamento regionale rivolto agli operatori, insegnanti, associazioni, enti e portatori d'interesse coinvolti sul tema.</p> <p>Fattibilità dell'estensione ad altre aree regionali dell'esperienza ricreatori comunali di Trieste.</p> <p>Censimento delle palestre sottoutilizzate e progetto per il loro impiego ottimale.</p> <p>Sintesi delle azioni previste:</p> <p>Monitoraggio territoriale degli spostamenti casa-scuola</p> <p>Somministrazione ed elaborazione di questionari già utilizzati in FVG ad altre aree territoriali</p> <p>Costituzione di gruppi di lavoro</p>

	<p>Attivazione di una rete informativa tra ASS, MMG, PLS Accordi e protocolli d'intesa con la sede regionale del MIUR Accordi e protocolli d'intesa con la rete "Città Sane" Accordi e protocolli d'intesa con le amministrazioni comunali. Accordi e protocolli d'intesa con il CONI e le Associazioni Sportive Corsi di formazione e di aggiornamento Acquisto di almeno n. 30 accelerometri</p>
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR coinvolti: ARS, DCSPS, Dipartimenti di Prevenzione, PES Distretti, Direzioni Aziendali, PLS, MMG, IRCSS "Burlo Garofolo", Soggetti extra SSR coinvolti: Direzione Regionale MIUR e CSA, Consulta Studentesca, CONI, Associazioni Sportive, Associazioni di Volontariato, LILT, Amministrazioni Provinciali e Comunali, Dirigenza Scolastica, Università, Rete "Città Sane"</p>
Piano di formazione	<p>Formazione dei formatori Formazione dei partecipanti ai gruppi di lavoro Formazione insegnanti, operatori sanitari, allenatori, MMG, PLS</p>
Indicatori di processo	<p>n. riunioni gruppi di lavoro n. corsi attivati questionari somministrati n. protocolli d'intesa stipulati % scuole coinvolte % associazioni coinvolte n. iniziative di piedibus attivate % attività didattiche condotte in parte con la metodica dell'orienteeing</p>
----- risultato	<p>----- Aumento % di alunni che svolgono attività fisica per almeno 60 min al giorno (2009/2010)</p>
Cronogramma	<p>Analisi della situazione di fatto: dicembre 2006 Predisposizione di un protocollo di intervento condiviso: giugno 2007 Attivazione di percorsi formativi: settembre 2007 Verifica primi 6 indicatori di processo: dicembre 2007</p>

Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione: vedi paragrafo *Il coordinamento regionale*

Stima dei costi previsti per la realizzazione: vedi nota paragrafo *Obiettivi del programma*

Titolo del progetto: Obiettivo P.5 – Sostenere presso i soggetti in sovrappeso e gli adulti in generale lo svolgimento di una adeguata attività motoria e l’adozione di corrette abitudini alimentari al fine di prevenire, contenere il sovrappeso e le complicanze

Estremi e riferimenti dei referenti regionali del progetto: vedi nota paragrafo *Obiettivi del programma*

Dimensione del problema: vedi paragrafo 1.1

Ambito	Descrizione
Finalità generale e obiettivi specifici	Svolgimento di una adeguata attività motoria e promozione di abitudini alimentari corrette nell’adulto e nelle comunità
Ambito territoriale	Intera regione. Prevista una fase pilota in alcune aziende sanitarie
Struttura di riferimento	ARS, DCSPS
Fonti e flussi informativi	Rilevazione dell’attività fisica svolta su un campione di popolazione Monitoraggio della mobilità casa-lavoro di un campione di personale dipendente (SSR, Comuni) Mappatura territoriale delle strutture adibite all’attività sportiva e/o fisica Rilevazione delle abitudini alimentari in un campione di popolazione adulta (studio PASSI) Monitoraggio della ristorazione collettiva (pubblica e privata)
Metodo e azioni	Attività di monitoraggio, raccordo, integrazione e collaborazione con associazioni e i gruppi di auto-mutuo aiuto operanti in provincia Attività di partnership in azioni di marketing aziendale per una mobilità sostenibile che favorisca l’utilizzo del mezzo pubblico. Realizzare un protocollo d’intesa con le associazioni datoriali per la realizzazione di una politica attiva dei datori di lavoro per la razionalizzazione dei flussi e la mobilità sostenibile Realizzazione di materiale informativo e di stimolo per l’incremento dell’attività fisica per i dipendenti e gli utenti delle ASS Collaborazione con le associazioni di volontariato per l’organizzazione di corsi di corsi di “ginnastica dolce” per ultra65enni e per popolazione generale Attivazione di percorsi con i MMG facilitanti la certificazione per l’accesso ai corsi Attività preventive e di promozione della salute rivolte agli ultra65enni Attivazione di percorsi per il coinvolgimento degli ultra65enni in luoghi e gruppi di aggregazione (centri sociali per anziani, università della terza età, case di riposo, associazioni culturali e sociali, corsi di ballo) Istituzione di uno sportello unico distrettuale per rendere maggiormente accessibili le iniziative in tema di attività fisica promosse da associazioni, comuni e altri soggetti. Avvio di iniziative per favorire l’attività fisica dei disabili Organizzazione di un evento formativo e di aggiornamento regionale rivolto agli operatori, associazioni, enti e portatori d’interesse coinvolti sul tema. Disabili, promozione attività di ballo Counselling nutrizionale per adulti sani ed a rischio con stesura di piani alimentari personalizzati e ricerca di strategie condivise per acquisire

	<p>nuovi stili aimenari</p> <p>Raccordo, integrazione e collaborazione con gli ambulatori dietetici ospedalieri e gruppi di auto-mutuo-aiuto.</p> <p>Collaborazione con i MMG per facilitare l'accesso all'ambulatorio preventivo ed orientare l'utente</p> <p>Monitoraggio della ristorazione collettiva pubblica e privata e orientamento per l'allestimento di pasti secondo le "Linee guida per una sana alimentazione" (INRAN). Alleanze con gli Enti locali e le associazioni di categoria. Realizzazione di materiale informativo e "di stimolo" per le aziende per la garanzia di pasti nutrizionalmente corretti</p>
Assetto organizzativo	<p>Strutture SSR: Dipartimenti di prevenzione, Medicina dello sport, PES, Distretti, MMG, ambulatori dietetici ospedalieri</p> <p>Strutture extra SSR: Associazioni di volontariato, Comuni</p>
Piano di formazione	Operatori coinvolti
Indicatori di processo	<p>Realizzazione di accordi e protocolli di intesa</p> <p>Produzione di materiale informativo</p> <p>Campagna di marketing diretta alla popolazione generale e agli operatori sanitari per favorire l'attività fisica</p> <p>Istituzione sportello unico distrettuale per l'attività fisica (integrato con altre attività di prevenzione e promozione della salute)</p> <p>Iniziative promozione attività fisica disabili</p> <p>Avvio attività di counselling nutrizionale</p> <p>Iniziative on ristorazione pubblica e privata</p>
----- risultato	<p>% popolazione adulta praticante attività fisica (studio PASSI)</p> <p>Aumento facilitazioni alla pratica di attività fisica</p> <p>Conoscenza abitudini alimentari in un campione di popolazione (studio PASSI)</p>
Cronogramma	<p>2006: stesura accordi e protocolli di intesa</p> <p>2007: avvio delle attività</p>

Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione: vedi paragrafo *Il coordinamento regionale*

Stima dei costi previsti per la realizzazione: vedi nota paragrafo *Obiettivi del programma*

PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008 PRE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

CONTENUTI

3.1. INTRODUZIONE

3.2. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO E IL CONTESTO OPERATIVO REGIONALE

3.3. PIANO OPERATIVO PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA

3.3.1 OBIETTIVI

3.4. PIANO OPERATIVO SORVEGLIANZA

3.5. PIANO OPERATIVO DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE

3.1. INTRODUZIONE

Il presente piano si inserisce in un contesto regionale caratterizzato dal Programma unico regionale per le attività delle Unità Operative di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (UOPSAL) (DGR 3926/2002) delle Aziende per i Servizi Sanitari, per gli anni 2003 – 2005, finalizzato a rendere omogenea e uniforme l'attività degli UOPSAL su tutto il territorio regionale e a orientarne l'attività verso una serie di obiettivi ritenuti prioritari e condivisi con le organizzazioni sindacali sulla base del quadro epidemiologico, delle caratteristiche e della distribuzione dei diversi comparti produttivi nel territorio regionale e dei risultati delle attività sin qui svolte.

L'indicazione contenuta nel sopraccitato documento, ovvero la necessità di *“uniformare ed omogeneizzare gli interventi a livello regionale, garantendo, nel contempo, interventi efficaci in relazione alle diverse presenze di comparti produttivi e alla diversificazione delle dimensioni delle singole unità produttive nei territori delle Aziende Sanitarie”* si ritiene essere ancora un importante obiettivo da raggiungere, e quindi un elemento portante anche del presente piano.

Gli elementi di maggior rilievo di cui si è tenuto conto nella stesura del piano regionale sono di seguito sinteticamente riportati :

- la proposta di attività per il 2006-2008 formalizzata dai rappresentanti delle Aziende per i Servizi Sanitari nel corso della seduta del Comitato regionale di coordinamento per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro (comitato art. 27 D.Lgs. 626/94) tenutasi a Udine il 17 ottobre 2005;
- il documento presentato dalle segreterie regionali CGIL, CISL e UIL il 12 settembre 2005;
- il capitolo *“Sorveglianza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro”* contenuto nel Piano nazionale della prevenzione 2005 - 2007 II parte, redatto a cura del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie a seguito dell'accordo Stato – Regioni del 23 marzo 2005, nella cui premessa si legge *“la tutela e la promozione della salute nei luoghi di lavoro, rappresentano un punto importante nelle politiche per la prevenzione collettiva sviluppata dalle regioni e Province autonome”* e in cui vengono richiamati quali atti di indirizzo generali e/o specifici *“le prime linee di indirizzo per l'attuazione del D.Lgs. 626/94, l'accordo Stato-Regioni per l'avvio di un piano straordinario per la salute e la sicurezza dei lavoratori, le Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ed infine il protocollo di intesa INAIL, ISPESL e Regioni e Province Autonome che ha dato origine ad un primo flusso di dati ...”*.

- I risultati del lavoro della Commissione parlamentare di inchiesta sugli infortuni sul lavoro, con particolare riguardo alle cosiddette “morti bianche”.

3.2. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO E IL CONTESTO OPERATIVO REGIONALE

La tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro rappresentano un settore di intervento importante nella più complessa attività di prevenzione svolta dalle aziende sanitarie.

Il quadro registrato nella regione FVG è stato per diversi anni quello di una regione caratterizzata da un costante incremento degli eventi infortunistici denunciati all'Istituto assicuratore (INAIL). Dal 2002, anno dell'adozione del primo provvedimento deliberativo in materia la situazione è andata costantemente migliorando, seppur ancora in maniera molto lieve.

Tabella 1: Infortuni denunciati all'INAIL per anno e provincia in FVG.

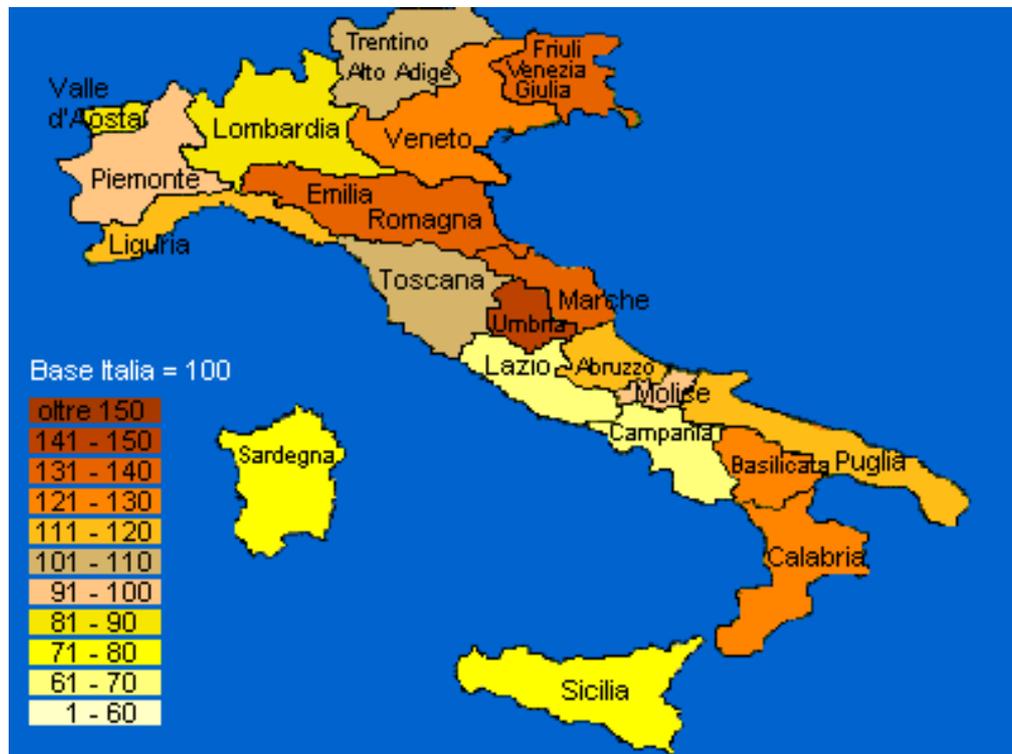
Anno	Pordenone	Udine	Gorizia	Trieste	Totale FVG	ITALIA
1996	7.553	11.903	5.303	6.238	30.997	1.060.620
1997	7.238	11.123	5.047	6.096	29.504	1.030.151
1998	7.868	11.183	5.545	5.629	30.225	1.058.027
1999	8.233	11.140	5.517	6.045	30.935	1.082.611
2000	8.278	12.629	5.190	6.208	32.305	1.088.815
2001	8.996	13.123	5.560	6.452	34.131	1.124.090
2002	8.666	12.605	5.101	6.487	32.859	1.093.119
2003	8.764	12.661	5.042	6.037	32.504	1.066.865
2004	8.426	12.253	4.771	5.667	31.117	1.054.950

Dalle prime analisi disponibili la tendenza al calo sarebbe più marcata nel 2005, anno in cui si registra un calo di oltre il 5% rispetto al 2004 relativamente agli infortuni denunciati. L'ultimo dato disponibile presenta a novembre 2005 un calo del 4,9% rispetto all'analogo periodo dell'anno precedente (fonte: INAIL).

La lettura di tali dati deve tener conto, oltre che delle azioni di prevenzione messe in campo negli anni scorsi, dell'andamento del sistema produttivo, che, a livello regionale, ha manifestato una importante flessione nonché delle trasformazioni che stanno caratterizzando il mercato del lavoro nel suo complesso.

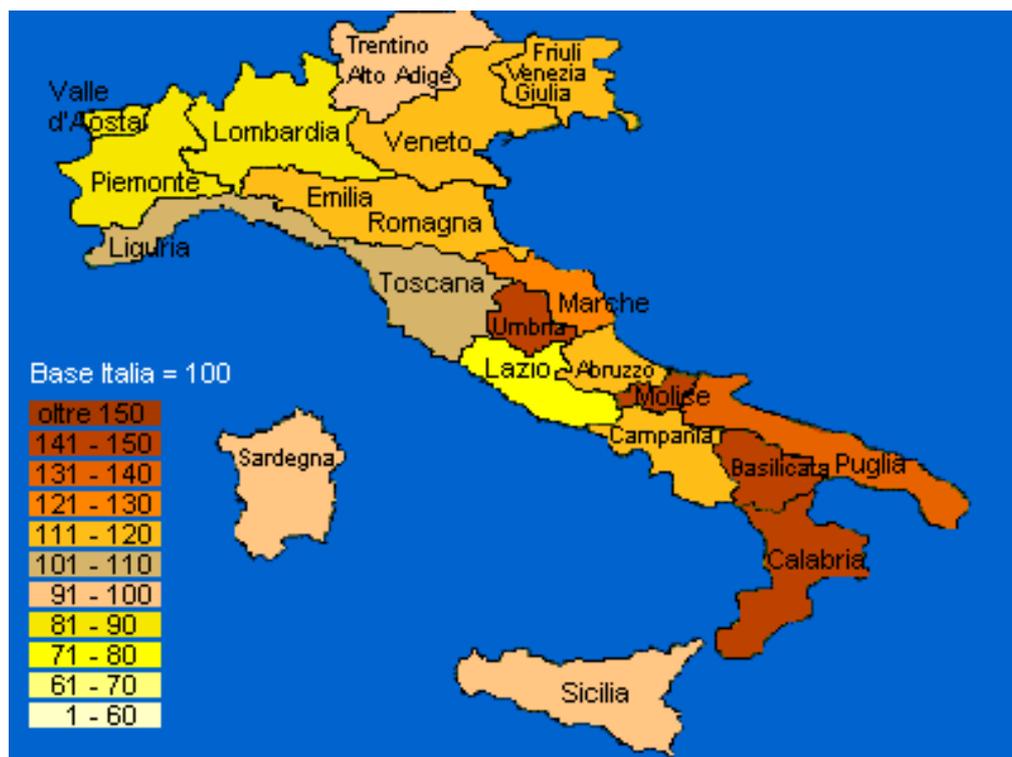
Nella figura successiva vengono presentate le frequenze relative di infortunio a livello regionale, ovvero il rapporto tra eventi lesivi indennizzati, per mille addetti (integrati per tenere conto dei casi non ancora liquidati) e numero degli esposti (fonte: INAIL).

Figura 1: frequenze relative di infortunio, anni 2001 – 2003, numeri indice



Nella figura 2 sono riportati i rapporti di gravità di infortunio, ovvero il rapporto tra le conseguenze degli eventi lesivi indennizzati, espresso in giornate perse (integrati per tenere conto dei casi non ancora liquidati) e numero degli esposti (fonte: INAIL).

Figura 2: Rapporti di gravità di infortunio, anni 2001 – 2003, numeri indice



Il presente piano rappresenta uno sviluppo dei programmi contenuti nella già citata DGR 3926/2002, frutto di un percorso articolato intrapreso dalle UOPSAL a partire dall'anno 2000, con il sostegno delle organizzazioni sindacali, ed i cui risultati sono stati presentati al Comitato regionale art. 27 D.Lgs. 626/94 ¹.

Gli obiettivi descritti nel piano derivano da un approccio globale ai temi della prevenzione negli ambienti di lavoro, la cui realizzazione prevede il ricorso ad un metodo caratterizzato dalla complementarità tra azioni di consolidata buona pratica e potenziamento dell'assistenza, della formazione e della vigilanza. Per ottenere tali risultati è necessario ricorrere ad una strategia e ad un metodo partecipativo coinvolgente le forze sociali e le istituzioni.

La Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale e l'Agenzia Regionale della Sanità costituiscono il riferimento regionale per le UOPSAL; la prima svolge funzioni di pianificazione strategica, valutazione complessiva della realizzazione degli obiettivi e di facilitazione istituzionale (per accordi, protocolli, convenzioni con enti terzi), mentre l'Agenzia ha una funzione di coordinamento delle attività e di monitoraggio dell'attuazione di quanto pianificato.

Tra gli obiettivi strategici regionali vi è quello di garantire la armonizzazione delle procedure adottate dalle UOPSAL e la progressiva integrazione organizzativa tra i servizi territoriali regionali, a partire dal contesto di area vasta, favorendo nel contempo la valorizzazione delle varie professionalità presenti nei servizi. Il tutto nella prospettiva di una più efficiente connessione funzionale ed operativa, attenta alle economie di scala, al fine di realizzare una più efficace prevenzione negli ambienti di lavoro.

Questo programma, redatto secondo le indicazioni della L.R. 18/2005, individua gli obiettivi e le priorità degli interventi nel campo della sicurezza e salute dei lavoratori; promuove, inoltre, il rispetto e la tutela dei diritti del lavoratore all'interno dei luoghi di lavoro; indica i risultati attesi e ne verifica nel tempo la realizzazione attraverso uno specifico sistema di monitoraggio e valutazione.

Per quanto riguarda la partecipazione delle UOPSAL a iniziative di livello nazionale, la regione parteciperà attivamente con un suo rappresentante al Coordinamento tecnico interregionale per la prevenzione al fine di favorire l'adesione e la partecipazione degli operatori UOPSAL agli eventuali progetti e programmi di interesse.

La delibera di Giunta Regionale 3926/2002 individuava 3 fondamentali assi di finanziamento.

¹ Per la consultazione si veda il sito internet www.sanita.fvg.it alla voce progetti > tutela della salute dei lavoratori

Il primo asse, relativo al personale, ha definito dotazioni organiche minime delle UOPSAL poi recepite con L.R. 18/2005 “*Norme regionali per l’occupazione, la tutela e la qualità del lavoro*”. Spetta all’Agenzia regionale della Sanità, come previsto nella stessa DGR in tema di coordinamento regionale, monitorare il raggiungimento ed il mantenimento della dotazione di personale prevista e valutare eventuali ulteriori fabbisogni di personale tenendo conto degli obiettivi programmati.

Il secondo asse, relativo all’acquisizione di nuova strumentazione, ha portato al rinnovo delle dotazioni strumentali. Nuovi eventuali finanziamenti verranno erogati sulla base di una valutazione di quanto realizzato con i fondi precedenti e delle nuove necessità emergenti. La conduzione di tale verifica è compito dell’ARS.

Infine l’ultimo asse, relativo alla formazione. I fondi disponibili non sono stati ancora pienamente utilizzati. Si dovrà favorire a livello di ASS e/o di area vasta la realizzazione di momenti formativi anche con il coinvolgimento delle forze sociali e degli altri soggetti richiamati dalle norme di tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro. Inoltre, mediante iniziative regionali, si dovrà promuovere il costante aggiornamento degli operatori delle UOPSAL, reso necessario dal progressivo recepimento di nuove direttive europee, dalle moderne linee di indirizzo basate sulle evidenze di comprovata efficacia, nonché dalla sempre maggior attenzione agli aspetti della qualità e del miglioramento continuo.

Entro il mese di dicembre 2006 , a cura dell’ARS, verrà presentata al Comitato Regionale art. 27 D.Lgs. 626/94 una relazione complessiva relativa ai risultati conseguiti su personale, strumentazione e formazione, e sugli eventuali nuovi fabbisogni.

3.3. PIANO OPERATIVO PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Il coordinamento delle UOPSAL (formato dai 6 responsabili delle unità operative, dal partecipante al Comitato tecnico interregionale e dal rappresentante dell’Agenzia Regionale della Sanità per gli aspetti della Medicina del Lavoro), sulla scorta delle indicazioni operative contenute nella già citata DGR 3926/2002, costituisce la preconditione necessaria al raggiungimento degli obiettivi contenuti nel presente piano.

Gli obiettivi sono stati definiti sulla base delle informazioni epidemiologiche e di contesto produttivo già disponibili per il territorio regionale e pesati per ogni singola azienda sanitaria/area vasta, in rapporto alle peculiari caratteristiche locali. Molte di queste informazioni sono derivate dai flussi informativi INAIL – ISPESL – Regioni.

Per favorire questo percorso si è ritenuto prioritario individuare alcuni obiettivi di sviluppo.

Essenziale al riguardo la disponibilità diffusa di un supporto informativo dedicato alle UOPSAL, in grado di raccordarsi con il sistema informativo esistente. In particolare, l'informatizzazione delle UOPSAL, omogenea su tutto il territorio regionale, consentirà di disporre di dati di qualità e confrontabili, anche sotto il profilo gestionale, coerenti con gli indicatori prescelti per il monitoraggio e la valutazione delle azioni di piano.

Si intende anche favorire la collaborazione tra le UOPSAL e i soggetti istituzionali e gli enti di ricerca che operano sia a livello locale (ad es. Università) che a livello nazionale (ad es. ISPESL) nell'ambito della prevenzione negli ambienti di lavoro. Al riguardo si intende promuovere la partecipazione alle iniziative nazionali coordinati dall'ISPESL (infortuni mortali, malattie professionali, incidenti in agricoltura) così come già avviene per le neoplasie amianto correlate (COR).

Uno strumento di lavoro essenziale è costituito dall'atlante regionale degli infortuni e delle malattie professionali. Una nuova edizione dell'atlante verrà redatta entro dicembre 2006. Si prevedono dei sintetici report annuali di aggiornamento per ogni anno che separa le nuove edizioni.

3.3.1 OBIETTIVI

S.1 Risorse: monitoraggio delle risorse umane, tecniche, dei bisogni formativi ed economico delle singole UOPSAL

S.2 Informatizzazione: sviluppo di un programma regionale di gestione delle attività UOPSAL

S.3 Partecipazione delle UOPSAL a progetti nazionali per la prevenzione degli infortuni sul lavoro

S.4 Analisi degli eventi: aggiornamento dell'atlante regionale degli infortuni e della malattie professionali.

3.4. PIANO OPERATIVO SORVEGLIANZA

S.1 Risorse: monitoraggio delle risorse umane, tecniche, dei bisogni formativi ed economico delle singole UOPSAL

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Monitoraggio della dotazione di personale, delle risorse tecniche, dei bisogni formativi e dei costi delle singole unità operative. Verifica della congruenza in rapporto alle specificità locali/di area vasta Verifica delle esigenze in ambito di igiene industriale. Analisi dei bisogni formativi. Verifica delle attività svolte verso i lavoratori appartenenti alle "fasce deboli" (immigrati, interinali, disabili)
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Strutture di riferimento	ARS
Fonti e flussi informativi	Aziende per i Servizi Sanitari: Uffici personale e UOPSAL.
Metodo e azioni	Raccolta del dato e analisi dei bisogni.
Assetto organizzativo	ARS, ASS, UOPSAL
Piano di formazione	//
Indicatori di processo di risultato	Produzione di un rapporto periodico Attuazione di quanto previsto dalle norme regionali in materia di dotazione di personale. Stesura di un piano regionale che indichi i bisogni formativi del personale UOPSAL, le strumentazioni necessarie e eventuali ulteriori risorse umane e economiche.
Cronogramma	Giugno 2006: assunzione del personale previsto dalle LR; Dicembre 2006: stesura del piano regionale indicante le risorse umane, strumentali, economiche e i bisogni formativi necessari alle UOPSAL per la completa realizzazione del piano regionale della prevenzione – medicina del lavoro.

S.2 Informatizzazione: sviluppo di un programma regionale di gestione delle attività UOPSAL

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Sviluppo di un programma gestionale regionale dedicato alle UOPSAL
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Strutture di riferimento	ARS, DCSPS
Fonti e flussi informativi	IN.SI.E.L. – Stato di avanzamento
Metodo e azioni	Sperimentazione e utilizzo del programma regionale “Gestione UOPSAL” sviluppato da IN.SI.E.L. in tutte le UOPSAL, con garanzia del recupero dei dati già esistenti nei diversi programmi sino ad ora utilizzati. Integrazione con le fonti informative INAIL-ISPEL- Regioni.
Assetto organizzativo	ARS – UOPSAL
Piano di formazione	Operatori UOPSAL
Indicatori di processo di risultato	Numero di UOPSAL in cui il programma è disponibile Utilizzo del programma Produzione di report di attività Condivisione tra ARS e UOPSAL degli indicatori di attività
Cronogramma	Giugno 2006: Disponibilità del programma. Entro dicembre 2006: Realizzazione della formazione per l'utilizzo del programma Dicembre 2006: verifica automatizzata dei dati di attività delle UOPSAL

S.3 Partecipazione delle UOPSAL a progetti nazionali per la prevenzione degli infortuni sul lavoro

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Partecipazione delle UOPSAL ai progetti nazionali attivati dall'ISPESL (infortuni mortali, malattie professionali e infortuni in agricoltura).
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Strutture di riferimento	ARS
Fonti e flussi informativi	ISPESL – UOPSAL
Metodo e azioni	Partecipazione delle UOPSAL, coordinata e supportata dal punto di vista tecnico scientifico dall'ARS, ai bandi per le attività di ricerca sugli infortuni lavorativi emanati da ISPESL.
Assetto organizzativo	ISPESL – ARS – UOPSAL
Piano di formazione	Momento formativo per ognuno dei progetti soprarichiamati rivolto agli operatori coinvolti nella raccolta e inserimento dei dati richiesti.
Indicatori di processo di risultato	Adesione formalizzata al progetto nazionale Attivazione dei programmi ISPESL in ogni SPSAL
Cronogramma	Dicembre 2006: Attivazione dei programmi nazionali ISPESL e progettazione dei previsti corsi di formazione

S.4 Analisi degli eventi: stesura dell'atlante regionale degli infortuni e delle malattie professionali.

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Aggiornamento dell'atlante regionale degli infortuni e delle malattie professionali, con particolare attenzione ai comparti produttivi critici ed ai temi emergenti quali i lavoratori immigrati, il lavoro interinale ed i lavori in appalto. Attenzione sarà rivolta anche al lavoro domestico, mediante il monitoraggio degli eventi infortunistici per le assicurate INAIL.
Ambito territoriale	Intero ambito regionale
Strutture di riferimento	ARS – UOPSAL – UCOML
Fonti e flussi informativi	Nuovi flussi informativi INAIL – ISPESL – Regione
Metodo e azioni	Analisi dei dati in collaborazione tra ARS,UOPSAL,UCOML
Assetto organizzativo	ARS – UOPSAL - UCOML
Piano di formazione	//
Indicatori di processo	Stesura dell'atlante e individuazione dei settori / attività / situazioni meritevoli di approfondimento (immigrati, lavoro interinale, edilizia, cadute dall'alto, analisi di genere ...)
di risultato	Realizzazione dell'atlante e delle schede di approfondimento
Cronogramma	Dicembre 2006: presentazione dell'atlante regionale degli infortuni e delle malattie professionali Dicembre 2007: presentazione degli approfondimenti realizzati sulla base delle situazioni di criticità evidenziate dall'atlante Dicembre 2007 – 2008: presentazione rapporti di aggiornamento annuale dell'atlante infortuni

3.5. PIANO OPERATIVO DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE

Questa parte del piano mira a delineare i singoli obiettivi che vanno a comporre il complesso mosaico della prevenzione sui luoghi di lavoro. Lo scopo generale è il potenziamento ed il coordinamento delle attività di vigilanza, controllo, informazione, formazione ed assistenza in tema di tutela e sicurezza dei lavoratori, sviluppando al tempo stesso l'osservazione epidemiologica e le indagini conoscitive sui rischi e danni da lavoro.

Particolare attenzione sarà posta ai mutamenti delle condizioni di lavoro, alla introduzione di nuove tecnologie ed alla organizzazione del lavoro in genere, al fine di anticipare l'intervento preventivo non concentrandolo sulle azioni messe in campo a seguito di un evento infortunistico o di una malattia professionale, ma operando in tal senso anche prima dell'accadere di questi eventi. Le Aziende per i servizi sanitari, le UOPSAL ed i Distretti, nell'ambito dei rispettivi rapporti con i soggetti esterni al Servizio sanitario (Politici, Istituzioni statali, Province, Comuni, Ambiti, Autorità giudiziaria, OOSS, Associazioni ecc.), a partire dalle conoscenze delle realtà locali, dovranno svolgere un ruolo di "advocacy" (sostegno e supporto in favore di una causa specifica) riguardo al maggiore rischio di infortuni collegato al lavoro precario ed al lavoro svolto nell'ambito di appalti "al minimo ribasso" in cui la sicurezza non è sufficientemente garantita. Questo ruolo di "advocacy" potrà essere formale (nell'ambito delle segnalazioni e dei sopralluoghi effettuati) ma anche non formale attraverso l'attivazione di "sensori" sul territorio orientati a cogliere precocemente segnali ed anomalie di "risparmio" sulla sicurezza al fine di favorire interventi anticipatori rispetto al verificarsi dell'infortunio. Tutto ciò tenendo presenti le profonde trasformazioni ed i complessi fenomeni sociali e demografici che vanno a connotare l'attuale contesto.

Particolare attenzione sarà rivolta alle problematiche del lavoro della componente femminile della popolazione, e alla tutela della lavoratrice in gravidanza.

Gli obiettivi sono stati individuati sulla base del quadro epidemiologico e delle caratteristiche del territorio, tenendo presenti gli indirizzi delle linee guida per la pianificazione regionale in tema di attività preventive redatte dal Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie, delle proposte elaborate dalle Organizzazioni Sindacali (come previsto dal Protocollo d'intesa con l'Assessore alla salute e protezione sociale del 11 maggio 2004), delle indicazioni emerse dal coordinamento regionale delle UOPSAL, della legge regionale 18/2005 nonché dello stato di attuazione di quanto già previsto dai precedenti documenti di programmazione regionale.

Sul piano operativo, poi, andrà sviluppata ogni azione atta a rendere ottimale la collaborazione con l'Autorità giudiziaria, pervenendo, compatibilmente con alcune peculiari esigenze, a linee guida condivise valide sul territorio regionale.

In via generale, la programmazione degli interventi di prevenzione può essere riassunta dalle direttrici di seguito tracciate.

Prevenzione degli infortuni lavorativi: comprende le inchieste infortuni eseguite in base alla gravità degli stessi, a seguito di richieste dell'Autorità giudiziaria e secondo una pianificazione annuale basata su criteri di priorità strategica, ad es. con una maggior percentuale di iniziative rivolte ad alcuni comparti/processi produttivi/categorie a rischio. Tra queste ultime verranno prese in considerazione particolare gli immigrati e i lavoratori interinali.

L'inchiesta infortuni deve avere una valenza preventiva al di evitare il ripetersi di infortuni riconducibili ai fattori di rischio che hanno generato l'infortunio oggetto dell'indagine.

Prevenzione delle malattie professionali: comprende la rilevazione dei casi e l'approfondimento degli stessi, utilizzando anche strumenti epidemiologici ed in raccordo con la rete che compone il sistema sanitario, ma anche con le istituzioni esterne allo stesso (INAIL, ISPESL, ecc.). L'Unità Clinica Operativa di Medicina del Lavoro dell'Università degli Studi di Trieste (UCOML), è, di norma, individuata quale struttura di secondo livello sia per gli accertamenti di approfondimento diagnostico che sul piano della formazione. Una attenzione rilevante continuerà ad essere dedicata alle malattie correlate all'amianto e alle molteplici attività connesse (registro degli esposti, COR, piani di bonifica, ecc.). Verranno altresì avviate iniziative sperimentali rivolte alla *prevenzione dei rischi psicosociali*, propedeutiche alla attivazione dei punti di ascolto previsti dalla Legge regionale 7/2005, nonché alle malattie correlate al lavoro, comprese quelle non ancora riconosciute come malattie professionali.

Indagine di comparto: la prevenzione nel settore metalmeccanico

Allo scopo di rendere più efficace l'azione preventiva si rende opportuno concentrare le varie iniziative in un ambito specifico che possa rappresentare un denominatore comune per l'intera regione. Al riguardo nel triennio 2006-2008 è stato individuato come primo comparto quello della metalmeccanica.

Anche in questo contesto verrà anche affrontato il tema dell'igiene industriale, in raccordo con l'ARPA.

Verranno altresì coinvolti i medici competenti operanti nelle aziende metalmeccaniche per ottimizzare la sorveglianza sanitaria.

Informazione, assistenza e formazione

Questa direttrice delinea le varie iniziative promosse al riguardo ed orientate alle varie figure che operano nell'ambito della prevenzione sia nel Servizio sanitario, sia nelle imprese. Sono altresì previste iniziative rivolte alle cosiddette fasce deboli quali ad esempio i immigrati, i lavoratori interinali ed i disabili.

Nell'ambito del piano della prevenzione verrà dedicata particolare attenzione al comparto sanitario.

Vengono di seguito descritti in dettaglio gli obiettivi:

P.1: Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali: indagini

P.2: Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali: sopralluoghi

P.3: Prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali: indagini di igiene industriale

P.4: Prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali: informazione e assistenza

P.5: Prevenzione delle malattie professionali

P.6: Sorveglianza sanitaria

P.7: Registro regionale degli esposti ad amianto

P.8: Formazione e informazione

P.9: Intervento di comparto: metalmeccanica

P.10: Interventi di comparto: edilizia

P.11: Prevenzione dei rischi psicosociali

P.12: Tutela della salute delle donne nei luoghi di lavoro

P.1: Prevenzione degli infortuni lavorativi: indagini

Ambito	Definizione
Definizione dell'evento	Indagini tecnico-sanitarie per infortunio sul lavoro condotte dalle UOPSAL Sopralluoghi nelle aziende ove si sono verificati gli infortuni
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Strutture di riferimento	ARS, DCSPS
Fonti e flussi informativi	Accordo INAIL – ISPESL – Regioni Flussi informativi provenienti dalle strutture del SSR, ad esempio Pronto Soccorso, MMG
Metodo e azioni	Selezione delle inchieste infortuni da eseguire secondo criteri di frequenza (numero eventi con medesime modalità di accadimento secondo gli standard europei ESAW), intensità (numero di eventi simili ripetuti nella stessa azienda o comparto), gravità (inabilità permanente, esito mortale) sulla base dei flussi informativi consolidati (INAIL – ISPESL, ecc.), tenute presenti le richieste della Autorità giudiziaria, nonché valutate le risorse disponibili nelle UOPSAL. Verrà inoltre valutata la casistica degli archivi informatizzati di Pronto Soccorso sia per l'osservazione epidemiologica dei casi gravi, che per valutare le prime fasi del percorso dell'infortunato nell'ambito del SSR. Confronto ARS, DCSPS e Autorità Giudiziaria per garantire una ottimale collaborazione e il raggiungimento di accordi operativi. Accordi con Vigili del fuoco. Definizione di modelli di intervento per indagini di infortunio svolte in regime di pronta disponibilità Valutazione periodica ARS – UOPSAL sia dei criteri che dei risultati degli interventi.
Assetto organizzativo	Strutture SSR: ARS, UOPSAL, 118 Va previsto anche il coinvolgimento di altre istituzioni (Autorità Giudiziaria, Forze Ordine, INAIL, ISPESL, Direzione Provinciale del Lavoro, Vigili del fuoco)
Piano di formazione	Operatori UOPSAL
Indicatori di processo	Disponibilità dei dati INAIL – ISPESL per ciascuna UOPSAL Protocollo per la selezione delle inchieste infortuni condiviso -----
di risultato	Numero di inchieste eseguite.
Cronogramma	Selezione delle inchieste infortuni : giugno 2006 Confronto ARS, DCSPS e Autorità Giudiziaria: dicembre 2006 Definizione di modelli di intervento: giugno 2007

P.2: Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali: sopralluoghi

Ambito	Definizione
Definizione dell'evento	Sopralluoghi nelle aziende per verificare l'ottemperanza alla normativa vigente in materia di igiene e sicurezza del lavoro. Particolare attenzione verrà rivolta, oltre che alle condizioni di lavoro (protezione macchine ecc.) anche alla organizzazione e alle modalità di lavoro (azioni pericolose).
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Strutture di riferimento	ARS
Fonti e flussi informativi	Accordo INAIL – ISPESL – Regioni
Metodo e azioni	<p>I sopralluoghi verranno eseguiti in funzione di due criteri:</p> <p>1- come attività di verifica nelle imprese nell'ambito dell'inchiesta infortuni (vedi scheda P1), malattie professionali (P5) e a seguito di segnalazione</p> <p>2- come attività pianificata di verifica nell'ambito di peculiari settori produttivi/processi/rischi</p> <p>Rientrano in questo secondo ambito le attività svolte nel comparto produttivo identificato come “denominatore comune regionale” vale a dire il comparto metalmeccanico (vedi scheda P.9) e così pure quelle riguardanti i cantieri edili e le attività di bonifica amianto</p> <p>Il coordinamento delle UOPSAL presso ARS potrà individuare ulteriori ambiti, avuto anche riguardo a specificità locali.</p> <p>Entro il mese di marzo di ogni anno verranno definiti gli ambiti e la quota di aziende da visitare in funzione dei due criteri sopra esposti, mantenendo una percentuale complessiva non inferiore al 5% delle unità locali notificate l'anno precedente, tra l'8% e il 10%, per i comparti produttivi a maggior rischio, avuto riguardo alle dimensioni e complessità delle aziende nonché delle caratteristiche del territorio.</p> <p>Una particolare attenzione andrà rivolta ai cantieri edili, la cui quota complessiva di cantieri visitati non dovrà essere inferiore al 10% dei cantieri notificati, comprendendo quindi anche aziende ove non siano accaduti infortuni, considerando comunque le dimensioni e la complessità dei cantieri nonché le caratteristiche del territorio.</p> <p>Analoga attenzione sarà rivolta al comparto sanità.</p> <p>Nelle aziende sottoposte a sopralluogo andranno coinvolti gli RLS</p> <p>Presentazione dei progetti al Comitato art. 27 D.Lgs. 626/94..</p> <p>Valutazione periodica ARS – UOPSAL sia dei criteri che dei risultati degli interventi.</p>
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR: ARS, UOPSAL</p> <p>Soggetti extra SSR: INAIL, ISPESL, Direzione Provinciale del Lavoro</p>
Piano di formazione	Operatori UOPSAL
Indicatori di processo	<p>Numero di sopralluoghi e interventi effettuati</p> <p>% di aziende (posizioni assicurative territoriali) oggetto di sopralluoghi e di interventi sul totale.</p> <p>Indicazioni condivise su base regionale per l'esecuzione delle attività amianto-correlate</p> <p>-----</p>
di risultato	<p>Numero di sopralluoghi eseguiti per comparto</p> <p>Stesura di relazioni/verbali di sopralluogo/intervento</p> <p>Coinvolgimento delle forze sociali nel progetto RLS</p>
Cronogramma	Dicembre 2006 stesura progetto con il coinvolgimento RLS

P.3: Prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali: indagini di igiene industriale

Ambito	Definizione
Definizione dell'evento	Indagini di igiene industriale in ambiente di lavoro svolte sia con risorse esclusive delle UOPSAL che in collaborazione con ARPA.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale.
Strutture di riferimento	DCSPS, ARPA, ARS
Fonti e flussi informativi	Dati UOPSAL, INAIL-ISPEL
Metodo e azioni	Realizzazione di un piano operativo per gli interventi di igiene industriale con finalità di verifica da realizzarsi sia direttamente dalle UOPSAL che in collaborazione con ARPA, anche mediante accordi formali Attenzione andrà rivolta alla verifica della corretta informazione relativa a sostanze e preparati pericolosi in uso ed alla relativa etichettatura.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR: ARS, DCSPS, DP, UOPSAL Soggetti extra SSR: ARPA
Piano di formazione	Operatori coinvolti nel progetto
Indicatori di processo	Realizzazione piano operativo, accordi formali
Indicatori di risultato	----- Numero e tipologia delle indagini effettuate
Cronogramma	Piano operativo: marzo 2007

P.4: Prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali: informazione e assistenza

Ambito	Definizione
Definizione dell'evento	Contributi informativi e di assistenza concordati e coordinati a livello regionale (Comitato art. 27 D.Lgs. 626/94) per la promozione di efficaci attività di prevenzione nei luoghi di lavoro.
Ambito territoriale	Intera regione
Strutture di riferimento	DCSPS, ARS, Comitato art 27 D.Lgs. 626/94
Fonti e flussi informativi	INAIL-ISPEL, rapporti e documenti specifici
Metodo e azioni	Le UOPSAL, coordinate a livello regionale e supportate da ARS e Comitato art. 27 D.Lgs. 626/94, attraverso la ricerca di sinergie con i vari soggetti attivi nel mondo del lavoro, producono materiale informativo, linee guida e pacchetti di assistenza finalizzati alla prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro. Definizione di un progetto editoriale regionale finalizzato sia al consolidamento delle buone prassi sia alla valorizzazione degli strumenti comunicativi. Standardizzazione, unificazione e miglioramento dell'accessibilità della modulistica in uso.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR: Comitato art. 27 D.Lgs. 626/94, ARS, UOPSAL, UCOML Soggetti extra SSR: ARPA, DCSPS, soggetti attivi nel mondo del lavoro
Piano di formazione	Operatori coinvolti
Indicatori di processo	Redazione materiali informativi, linee guida e modulistica Presentazione al Comitato art 27 D.Lgs. 626/94 -----
di risultato	Diffusione dei materiali informativi e delle linee guida
Cronogramma	Progetto editoriale: dicembre 2006 Produzione materiale informativo: marzo 2007 Standardizzazione modulistica: dicembre 2007

P.5: Prevenzione delle malattie professionali

Ambito	Definizione
Definizione dell'evento	Segnalazioni di malattia professionale. Ricerca dei casi di sospetta malattia professionale, anche sulla base delle informazioni SDO
Ambito territoriale	Intera regione
Strutture di riferimento	ARS, DCSPS
Fonti e flussi informativi	Flussi informativi accordi INAIL- ISPESL – Regioni Flussi informativi COR (registro mesoteliomi) Sistema Informativo Sanitario regionale
Metodo e azioni	Le malattie professionali da indagare vengono selezionate dalle UOPSAL sulla base dei referti e/o delle denunce pervenute e tenute presenti le richieste della Autorità giudiziaria. Le inchieste per malattia professionale, nel caso di sospetto mesotelioma, vengono svolte in coordinamento con il COR. Attenzione verrà dedicata anche al comparto sanitario. L'Unità Clinico Operativa di Medicina del Lavoro dell'Università di Trieste (UCOML) è di norma identificata quale riferimento di secondo livello per le indagini di malattia professionale che richiedano ulteriori approfondimenti. Per quanto riguarda le malattie professionali emergenti, verranno definiti da parte delle UOPSAL modelli regionali uniformi per lo studio dei casi sospetti e presentati al Comitato regionale art. 27 D.Lgs 626/94.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR: ARS, UOPSAL, UCOML, COR Soggetti extra SSR: INAIL, ISPESL
Piano di formazione	Formazione operatori coinvolti
Indicatori di processo di risultato	Numero indagini malattie professionali ----- % malattie professionali indagate sul totale delle malattie denunciate (denominatore costruito sulla base dei flussi INAIL) Numero di modelli regionali uniformi per lo studio di casi sospetti di malattia professionale realizzati
Cronogramma	Definizione modelli regionali uniformi per lo studio dei casi: marzo 2007

P.6: Sorveglianza sanitaria

Ambito	Definizione
Definizione dell'evento	Sorveglianza sanitaria dei lavoratori
Ambito territoriale	Intera regione
Strutture di riferimento	ARS, DCSPS, UOPSAL
Fonti e flussi informativi	Indagine ad hoc
Metodo e azioni	<p>Realizzazione di linee guida operative da presentare al Comitato art. 27 D. Lgs. 626/94 relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modalità operative uniformi e composizione qualificata delle commissioni art. 5 Legge 300/70 e art. 17 D.Lgs. 626/94, con la garanzia della presenza di un dirigente medico specialista in medicina del lavoro e di un dirigente medico specialista in medicina legale e con tempi di attesa uniformi su tutto il territorio regionale - Indagine campionaria allo scopo di verificare la congruenza dei protocolli di sorveglianza sanitaria adottati dai medici competenti con i fattori di rischio presenti nelle aziende, svolta a cura di un gruppo di lavoro UOPSAL, ARS con la collaborazione dell'UCOML. Report conclusivo da portare alla discussione con le UOPSAL e successivamente oggetto di un seminario allargato ai medici competenti operanti in Regione <p>Adozione di un modello regionale per i consuntivi di attività dei medici competenti, approvato dal Comitato art. 27.</p> <p>Promuovere attività di consulenza specialistica in medicina del lavoro nelle strutture del Servizio sanitario.</p>
Assetto organizzativo	Soggetti SSR: ARS, UOPSAL, UCOML
Piano di formazione	-
Indicatori di processo di risultato	<p>Numero di linee guida prodotte -----</p> <p>Riduzione tempi di attesa Commissione art 5 legge 300/70 e art. 17 D.Lgs. 626/94 .</p> <p>Produzione di un rapporto sull'indagine campionaria in tema di sorveglianza sanitaria a livello regionale</p> <p>Produzione di un rapporto sulle attività di consulenza in medicina del lavoro effettuate dalle UOPSAL</p>
Cronogramma	<p>Giugno 2007: presentazione modello per i riepiloghi statistico epidemiologici</p> <p>Dicembre 2007: presentazione report su congruenza protocolli sanitari</p>

P.7: Registro regionale degli esposti ad amianto

Ambito	Definizione
Definizione dell'evento	Garantire ai lavoratori che sono stati esposti ad amianto l'iscrizione al registro regionale previsto dall'art. 3 Legge Regionale 22/2001
Ambito territoriale	Intera regione
Strutture di riferimento	ARS DCSPS
Fonti e flussi informativi	Domande pervenute alle aziende sanitarie Dati COR
Metodo e azioni	Verifica della corretta gestione delle domande pervenute alle ASS, anche di quelle non supportate da adeguata documentazione. Valutazione sull'opportunità di rivedere i meccanismi operativi del registro degli esposti valutando l'utilità dei dati sanitari rispetto a quelli anagrafici, che si stanno rivelando essere prevalenti rispetto ai quelli clinici e quindi del possibile trasferimento della tenuta del registro ai comuni
Assetto organizzativo	Soggetti SSR: ARS, DCSPS, UOPSAL, COR afferente all'UCOML, Comuni
Piano di formazione	//
Indicatori di processo	Numero domande verificate Fattibilità trasferimento gestione registro ai comuni -----
di risultato	Numero di casi definiti/anno
Cronogramma	Dicembre 2006

P.8: Formazione e informazione

Ambito	Definizione
Definizione dell'evento	Formazione degli operatori UOPSAL. Informazione e formazione delle figure previste dalle norme di tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro in collaborazione con le Parti sociali. Formazione in ambito scolastico.
Ambito territoriale	Intera regione
Strutture di riferimento	ARS DCSPS, UCOML
Fonti e flussi informativi	Rilevazione ad hoc
Metodo e azioni	<p>Redazione da parte ARS, DCSPS in collaborazione con le UOPSAL e UCOML (anche con il contributo Corso di Laurea Interateneo in Tecniche della Prevenzione e la Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro) di un piano regionale di formazione in materia di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro in coordinamento con le Parti sociali e i diversi soggetti regionali che intervengono in ambito formativo. Le ASS dovranno garantire la realizzazione dei corsi (anche in associazione) sia gestendoli direttamente che in collaborazione con enti accreditati operanti nel campo della formazione e con associazioni datoriali e organizzazioni dei lavoratori.</p> <p>E' necessaria la messa in rete delle conoscenze e competenze di tutti i soggetti operanti sul versante della sicurezza (regione, enti locale, aziende sanitarie, INAIL, INPS, aziende e associazioni di rappresentanza)</p> <p>I programmi verranno realizzati nel mondo del lavoro e delle professioni previa analisi del fabbisogno formativo e successiva valutazione finale dell'efficacia, adeguandoli alle nuove tecnologie e ai nuovi processi produttivi.</p> <p>Il piano di formazione sarà presentato al Comitato art. 27 D. Lgs. 626/94.</p> <p>Definizione un progetto editoriale regionale finalizzato alla diffusione delle informazioni e al consolidamento delle buone prassi. Miglioramento dell'accessibilità al sito internet della sanità regionale.</p> <p>Redazione di un piano di informazione e formazione degli RLS, in collaborazione con gli altri soggetti interessati e costruzione di un data base specifico per queste figure.</p> <p>Formazione in ambito scolastico con particolare riferimento agli istituti tecnici e professionali: stesura di un piano formativo regionale concordato tra ARS, DCSPS, UOPSAL, Direzione cultura, Direzioni didattiche degli istituti tecnico professionali e ufficio scolastico regionale. Coinvolgimento Vigili del fuoco nelle attività di interesse comune.</p>
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR: ARS, DCSPS, UOPSAL, UCOML</p> <p>Soggetti extra SSR: organizzazioni dei lavoratori, datoriali, enti di formazione, istituti scolastici, Vigili del fuoco</p>
Piano di formazione	-
Indicatori di processo	<p>Presentazione del piano di formazione al Comitato art. 27 D. Lgs. 626/94.</p> <p>Realizzazione di corsi formativi/anno per il personale delle UOPSAL</p> <p>Organizzazione di momenti formativi regionali con il coinvolgimento delle forze sociali</p> <p>Stesura di materiale informativo</p> <p>Presentazione del piano formativo in ambito scolastico.</p>
di risultato	<p>Miglioramento delle conoscenze da parte dei soggetti partecipanti agli eventi formativi (da valutare tramite questionario).</p>
Cronogramma	<p>Piano regionale di formazione: giugno 2007</p> <p>Progetto editoriale: dicembre 2007</p> <p>Corsi formazione: entro dicembre 2007</p>

P.9: Intervento di comparto: metalmeccanica

Ambito	Definizione
Definizione dell'evento	Predisposizione del piano di intervento nel comparto della metalmeccanica
Ambito territoriale	Intera regione
Strutture di riferimento	ARS UOPSAL
Fonti e flussi informativi	-
Metodo e azioni	Predisposizione da parte dell'ARS, in collaborazione con le UOPSAL, sentite al riguardo le parti sociali, di un piano di intervento nel comparto della metalmeccanica in accordo con ARPA per alcune analisi di igiene industriale, ivi comprese le analisi su materie e preparati in uso. Coinvolgimento, per area vasta, dei medici competenti operanti nelle aziende metalmeccaniche, allo scopo di definire le esigenze formative, pervenire a protocolli sanitari condivisi, programmare e realizzare un programma di aggiornamento, il tutto secondo procedure di "audit"
Assetto organizzativo	Soggetti SSR: ARS, UOPSAL, in collaborazione con UCOML, in particolare per gli aspetti metodologici ed analitici dei dati Soggetti extra SSR: ARPA
Piano di formazione	-
Indicatori di processo di risultato	Presentazione del piano al Comitato art. 27 D. Lgs. 626/94.
Cronogramma	Presentazione del piano: 2006 Realizzazione degli interventi 2007 - 2008

P.10: Interventi di comparto: edilizia

Ambito	Definizione
Definizione dell'evento	Predisposizione del piano di intervento nel comparto dell'edilizia
Ambito territoriale	Intera regione
Strutture di riferimento	ARS UOPSAL
Fonti e flussi informativi	-
Metodo	<p>Predisposizione da parte dell'ARS, in collaborazione con le UOPSAL, sentite al riguardo le parti sociali, di un piano di intervento nel comparto edile con particolare attenzione anche agli aspetti relativi alla comunicazione di cui all'art.11 D.Lgs. 494/1996.</p> <p>Coinvolgimento, per area vasta, dei medici competenti e dei RSPP operanti nelle aziende edili, allo scopo di definire le esigenze formative, pervenire a protocolli sanitari condivisi, programmare e realizzare un programma di aggiornamento con particolare riguardo ai rischi emergenti (vibrazioni, movimenti ripetuti,), il tutto secondo procedure di "audit".</p> <p>Coinvolgimento dei responsabili dei lavori e dei coordinatori per la progettazione e l'esecuzione dei lavori in momenti informativi/formativi e promozione di una maggiore responsabilizzazione volta al pieno utilizzo delle funzioni da loro svolte..</p> <p>Condivisione dei criteri di esecuzione dei sopralluoghi in edilizia previsti in altra scheda del piano a partire anche dai cantieri con subappalti, presenza di cooperative, grandi opere.</p> <p>Costruzione di relazioni con enti e strutture deputati al controllo degli appalti, con esercizio della funzione di advocacy da parte delle strutture del SSR.</p>
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR: ARS, UOPSAL</p> <p>Soggetti extra SSR: CPT</p>
Piano di formazione	-
Indicatori di processo di risultato	Presentazione del piano al Comitato art. 27 D. Lgs. 626/94.
Cronogramma	<p>Presentazione del piano: 2007</p> <p>Realizzazione degli interventi a partire dal 2008</p>

P.11: prevenzione dei rischi psicosociali

Ambito	Definizione
Definizione dell'evento	Prevenzione dello stress da lavoro e delle molestie morali e psicofisiche
Ambito territoriale	Intera regione
Strutture di riferimento	ARS, UOPSAL in collaborazione con UCOML
Fonti e flussi informativi	Indagini ad hoc
Metodo e azioni	Attivazione di un gruppo di lavoro regionale a carattere permanente avente lo scopo di promuovere iniziative di aggiornamento sul tema dei rischi psicosociali, dedicate principalmente, ma non solo, agli operatori delle UOPSAL. Il gruppo di lavoro, composto da almeno un medico del lavoro, un medico legale, uno psicologo o psichiatra e un giuslavorista, dovrà anche attivare in via sperimentale un osservatorio regionale e, sperimentalmente, uno o più punti di ascolto sulle molestie morali e psicofisiche in ambiente di lavoro.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR: ARS, UOPSAL, UCOML Soggetti extra SSR: INAIL, Commissione regionale per il lavoro
Piano di formazione	Operatori dei punti di ascolto e personale UOPSAL
Indicatori di processo	Produzione di report Numero eventi formativi Numero punti di ascolto attivati -----
di risultato	
Cronogramma	Attivazione gruppo di lavoro: dicembre 2006 Attivazione sperimentale osservatorio: giugno 2007 Attivazione sperimentale sportello: giugno 2007

P. 12: tutela della salute delle donne nei luoghi di lavoro

Ambito	Definizione
Definizione dell'evento	Miglioramento del benessere fisico, morale e sociale delle donne lavoratrici
Ambito territoriale	Intera regione
Strutture di riferimento	ARS, DCSPS, UOPSAL
Fonti e flussi informativi	Indagini ad hoc, dati ISPESL - INAIL
Metodo e azioni	<p>Attivazione di un gruppo di lavoro regionale avente lo scopo di acquisire conoscenze specifiche sul fenomeno a livello locale al fine di integrare la dimensione legata al genere nella valutazione dei rischi, nelle attività preventive e di tenere adeguatamente conto delle particolari caratteristiche delle donne nell'ambito della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro. Particolare attenzione sarà posta all'ampliamento della valutazione dei rischi, non solamente riconducibile agli aspetti della gravidanza e dell'allattamento (peraltro ancora da sviluppare adeguatamente), ma anche ad altre aree, quali ad esempio la tutela della salute riproduttiva nel periodo pre-concepimento (età fertile) per evitare danni ai futuri bambini (Children's Environment and Health Action Plan for Europe, OMS, Budapest 2004).</p> <p>Inoltre specifiche azioni saranno adottate in tema di malesseri "di genere" riconducibili all'ambiente e alla organizzazione del lavoro (depressione, anoressia) e alle specifiche problematiche della donna extra-comunitaria.</p> <p>Il gruppo di lavoro, composto dalle UOPSAL, dalle OO.SS. e da altri soggetti interessati dovrà avviare indagini conoscitive e individuare priorità di intervento.</p>
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR: ARS, DCSPS, UOPSAL</p> <p>Soggetti extra SSR: INAIL, OO.SS, Pari opportunità</p>
Piano di formazione	Operatori coinvolti
Indicatori di processo	<p>Costituzione del gruppo di lavoro</p> <p>Produzione di report</p> <p>Introduzione di obiettivi specifici nelle linee di gestione per l'anno 2008</p> <p>-----</p>
di risultato	
Cronogramma	<p>Attivazione gruppo di lavoro: marzo 2007</p> <p>Produzione report: settembre 2007</p> <p>Indicazioni per linee di gestione: dicembre 2007</p>

ELENCO ATTIVITÀ UOPSAL

N	TIPOLOGIA	CONTENUTO
1	Parere preventivo edilizia civile	Emissione di parere preventivo per accreditamento Legge 5/86, ecc.
2	NOEA o art. 48 DPR 303/56	Espletamento di NOEA o art. 48 DPR 303/56
3	Art. 34 D.Lgs 277/91 Eternit	Rilascio nullaosta ex art. 34 D.Lgs. 277/91 per coperture in cemento (Eternit)
4	Art. 34 D.Lgs 277/91 Amianto friabile	Rilascio nulla osta ex art. 34 D.Lgs. 277/91 per scoibentazione da amianto friabile
5	Certifica azione amianto	Rilascio certificazione per riuso ambiente bonificato da amianto friabile
6	Autorizzazione art. 6 DPR 303/56	Rilascio di autorizzazione in deroga ex art. 6 DPR 303/56
7	Autorizzazione art. 8 DPR 303/56	Rilascio di autorizzazione in deroga ex art. 8 DPR 303/56
8	Autorizzazione art. 35 DPR 303/56	Rilascio di autorizzazione in deroga ex art. 35 DPR 303/56
9	Autorizzazione ex art. 43 D. Lgs. 277/91	Rilascio di autorizzazione per deroga all'uso dei DPI
10	Autorizzazione DM 28/7/58	Rilascio di autorizzazione a modificare contenuto pacchetto di medicazione
11	Autorizzazione art. 13 DPR 547/55	Rilascio di autorizzazione per la chiusura a chiave delle uscite di sicurezza per particolari esigenze
12	Verifica valutazione manufatti L. 257/92	Verifica in Azienda delle valutazioni censimento ex L. 257/92 sullo stato di conservazione di manufatti contenenti amianto
13	Verifica piani di sicurezza nei cantieri	Verifica piani sicurezza cantieri
14	Verifica documento D.Lgs. 277/91	Verifica documento 277
15	Verifica notifiche ex art. 9 L. 257/92	Verifica notifiche ex art. 9 L.257/92 inviate a fine anno sullo stato di conservazione di manufatti contenenti amianti
16	Inchiesta Infortuni su richiesta	Inchiesta infortunio su richiesta
17	Inchiesta Infortuni d'iniziativa	Inchieste infortunio d'iniziativa
18	Inchiesta Malattie Professionali su richiesta	Inchiesta malattie professionale su richiesta
19	Attività di vigilanza su richiesta	Attività di vigilanza su richiesta
20	Attività di vigilanza su iniziativa	Attività di vigilanza d'iniziativa
21	Comunicazione superamento valori limite ex artt.18-31-45 D.Lgs. 277/91	Attività di vigilanza connessa alle comunicazioni aziendali di superamento di valore limite ex artt. 18-31-45 D.Lgs. 277/91
22	Comunicazione esposizione non Prevedibile ex artt. 67 e 84 D.Lgs. 626/94	Attività di vigilanza connessa alle comunicazioni aziendali di esposizione non prevedibile ex artt. 67 e 84 D.Lgs. 626/94
23	Proroghe 758	Attività connessa a concessione o menò di proroghe 758
24	Verifica prescrizioni 758	Verifica delle prescrizioni emanate con verbale d'ispezione
25	Verifica avvenuto pagamento	Attività amministrativa connessa alla verifica dell'avvenuto pagamento delle oblazioni
26	Vigilanza Eternit	Vigilanza nei cantieri per la rimozione dell'Etenit
27	Vigilanza Amianto	Vigilanza nei cantieri per la rimozione dell'amianto friabile
28	Inchiesta Malattie Professionali d'iniziativa	Inchiesta malattia professionale d'iniziativa
29	Monitoraggio 626 Aziende >_ 200 dipendenti	Valutazione applicazione D.Lgs. 626/94 con esame documentazione, verifica in azienda e relazione conclusiva.
30	Monitoraggio 626 Aziende < 200 dipendenti	Valutazione applicazione D.Lgs. 626/94 con esame documentazione, verifica in azienda e relazione conclusiva.
31	Atti di Polizia Giudiziaria	Elezione di domicilio, interrogatorio, raccolta informazioni testimoniali a verbale: solo quando trattasi di motivo a se stante di intervento
32,	Deposizione in Tribunale	Deposizione in Tribunale
33	Vigilanza cantieri	Attività di vigilanza nei cantieri edili
34	Verifica impianti AntiDeflagranti	Verifica di impianti "antideflagranti" soggetti a modello C anche quando effettuate con ausilio di P.M.I.P.
35	Attività di vigilanza ex D.Lgs. 230/95	Attività di vigilanza per tutela lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti

36	Accertamenti ex artt. 3-5 L. 1204/71	Interventi volti alla tutela della lavoratrice gestante
37	Verifica ASP	Coordinamento e verifica accertamenti sanitari periodici eseguiti dai medici competenti (per lavoratore)
38	Registri esposti	Valutazione esposizione dei lavoratori inseriti nei registri degli esposti inviati dalle Aziende (per lavoratore)
39	Ricorso lavoratori 626 / 277	Visita di idoneità specifica relativa al ricorso presentato dal lavoratore ex art. 17 D.Lgs. 626/94 e ex artt. 8-16-29 e 44 D.Lgs.277/91 '
40	Visita medica apprendisti e minori	Visita medica per apprendisti e minori
41	Altra visita medica di idoneità	Visita medica per i responsabili tecnici officine, ecc , visita a "parere" ecc
42	Parere preventivo edilizia produttiva	Attività connessa all'emissione di parere preventivo per attività produttiva, ente postale, depositi
43	Verifica documento 626/94	Valutazione documento 626/94
44	Valutazione registri di patologie	Valutazione esposizione lavoratori (per lavoratore)
45	Visite mediche ex art. 5 L. 300/70	Visite di idoneità specifica ex art. 5 L. 300/70
	ALTRO	
A	Rilevazioni tecniche o campionamenti campionamenti effettuati dalla UOPSAL	Numero di rilievi o campionamenti effettuati direttamente da personale delle UOPSAL (per ogni posizione)
B	Accertamenti sanitari integrativi effettuati dalla UOPSAL: prelievi ematici, campioni urinari o altri materiali biologici	Fatta direttamente da personale UOPSAL (per ogni prelievo o campionamento)
C	Accertamenti sanitari: test allergometrici, esame audiometrico, esame della vista, PFR, test psico attitudinali, altri esami	Fatta direttamente da personale UOPSAL (per ogni esame)
D	Assistenza - sportello informativo	Accessi dell'utenza a sportello informativo anche telefonico (626-277-494, ...)
E	Corsi di aggiornamento e formazione	Numero ore corsi organizzati dalla ASL per formazione / aggiornamento di datori di lavoro, lavoratori ecc
E 2	Corsi di aggiornamento e formazione	Numero ore corsi organizzati dalla ASL in collaborazione con altri soggetti per formazione /aggiornamento di datori di lavoro, lavor. ecc
F	Commissioni mediche di invalidità civile, collegi medici	Partecipazioni a Commissioni invalidità o a Collegi medici (n. certificati / verbali rilasciati) esclusi ricorsi ex art. 5 L. 300/70 e art. 17 D.Lgs. 626/94
G	Attività di preparazione indagine di comparto e di stesura relazione finale	Preparazione e stesura progetto comparto raccolta dati, elaborazione statistica, considerazioni e valutazioni, indicazioni, prescrizioni finali per indagine di comparto
H	Ricezione e registrazione dati .infortuni	Ricezione e registrazione delle denunce di infortunio
I	Ricezione e registrazione delle malattie professionali	Ricezione e registrazione delle denunce di malattia professionale
L	Registrazione notifiche cantieri mobili	Ricezione e registrazione delle notifiche ex art. 11 D.Lgs. 494/96
M	Notifiche D.Lgs. 626/94 (RSPP)	Ricezione e registrazione
N	Vidimazione registro infortuni	Numero registri vidimati
0	Registrazione comunicazione ex art. 76	Numero comunicazioni registrate
P	Registrazione comunicazione ex art. 157 D.Lgs. 230/95	Numero comunicazioni registrate
	ATTIVITA' REGIONALE	
R1	Casi COR / RENAM	N. casi "verificati" e comunicati alla sede COR regionale
R2	Iscrizioni registro regionale esposti	N. casi iscritti con documentazione completa
R3	Iscrizione registro regionale esposti	N. casi iscritti con documentazione incompleta e per cui si è ricorsi al questionario RENAM
R4	casi di "malattie psichiche psicosomatiche da disfunzione dell'organizzazione del lavoro	N. casi esaminati ai sensi della LR 7/05

PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008 PER LA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE NEI SOGGETTI CHE GIÀ HANNO AVUTO ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI

CONTENUTI

4.1. INTRODUZIONE

4.1.1 LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE E L'ANGINA STABILE
IN REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

4.1.2 SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE E REGISTRO REGIONALE
DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

4.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE SECONDARIA

4.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

4.2.1 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATI

4.2.1.1 ANAGRAFE ASSISTITI

4.2.1.2 REGISTRO DEI DIMESSI OSPEDALIERI

4.2.1.3 REGISTRO DI MORTALITÀ SECONDO L'ISTAT

4.2.1.4 REGISTRO DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE

4.2.1.5 REGISTRO DEGLI EVENTI CORONARICI

4.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA

4.2.3 PIANO OPERATIVO

4.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

4.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

4.3.2 PIANO OPERATIVO

4.4. CONCLUSIONI

4.1. INTRODUZIONE

Sin dal 1984 La Regione Friuli Venezia Giulia (FVG), prendendo atto che le malattie cardiovascolari rappresentavano la prima causa di morte e di ricovero ospedaliero nel proprio territorio, si è dotata di strumenti formali per il controllo e la prevenzione di questa patologia, a cominciare dal Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari, istituito con Delibera della Giunta Regionale (DGR) n° 6073 del 23/11/1984, formalmente riconosciuto come partecipante al Progetto MONICA (Monitoring of Cardiovascular Diseases) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e attualmente parte integrante del Registro Nazionale degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità di Roma (ISS), al Progetto Regionale di Prevenzione Cardiovascolare (DGR n° 6152 del 23/11/1990) che, dopo un'accurata e documentata fase di preparazione che ha coinvolto più di 80 esperti regionali, ha operato "sul campo" dal 1992 al 1997 ed ha dimostrato la praticabilità di un'azione coordinata per la riduzione dei fattori di rischio cardiovascolari a livello regionale, consentendo all'Amministrazione Regionale di inserire la prevenzione cardiovascolare nella propria pianificazione ordinaria. Con DGR n° 593 del 06/03/1998 veniva deliberato il primo "Piano Regionale di Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari", operativo sino al Piano Regionale della Prevenzione, recentemente deliberato (DGR n° 2862 del 07/11/2005), che contiene il Piano di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare, orientato alla prevenzione primaria, in relazione all'intesa Stato-Regioni del 23/03/2005. Il presente **"Piano di Prevenzione delle Recidive nei soggetti che già hanno avuto incidenti cardiovascolari"** si affianca e si integra al Piano di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare, sempre nell'ottica della citata intesa Stato-Regioni e, in connessione alle Linee Operative per la pianificazione regionale emanate dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie, in relazione al Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, intende focalizzarsi prevalentemente sulla prevenzione secondaria degli eventi coronarici.

Il presente **"Piano di Prevenzione delle Recidive nei soggetti che già hanno avuto incidenti cardiovascolari"** è coerente con vari atti della Regione Friuli-Venezia Giulia, tra cui la Legge Regionale n° 23 del 17/08/2004, le Linee Guida per la Predisposizione del Programma delle Attività Territoriali - PAT-, le Linee Guida per la Predisposizione del Programma del Piano di Zona - PDZ - (DGR n° 3236 del 29/11/2004), il Piano Regionale della Riabilitazione (DGR n° 606 del 24/03/2005), il Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2006-2008 (DGR n° 3222 del 12/12/2005) e le Linee Annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2006 (DGR n° 3223 del 12/12/2005), in cui, nel contesto di un approccio di sanità pubblica, sono chiarite le

premesse, le priorità, gli aspetti operativi ed i riferimenti diretti ed indiretti a questo piano, unitamente a quello di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare. Le malattie cardiovascolari sono pertanto uno degli obiettivi chiave dell'investimento regionale nella prevenzione e promozione della salute.

Inoltre, anche in questo ambito, la programmazione regionale è stata resa congruente con le direttive del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie che ha fornito indicazioni alle Regioni per la elaborazione di un Piano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari con lo scopo di migliorare comportamenti, stili di vita e interventi che mirino a ridurre le complicanze e le recidive.

La prevenzione nei soggetti ad alto rischio e in particolare in chi ha già avuto un evento cardiovascolare (prevenzione secondaria delle recidive) è quindi l'obiettivo principale che il presente piano intende perseguire.

4.1.1 LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE E L'ANGINA STABILE IN REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Come già descritto nel Piano di Prevenzione del rischio Cardiovascolare, nella Regione Friuli Venezia Giulia la patologia cardiovascolare rappresenta la prima causa di morte, essendo nel 2001 il 38% dei decessi totali, con una significativa differenza tra uomini (33%) e donne (43%) (*Dati ISTAT 2001*). In relazione ai ricoveri ospedalieri, la patologia cardiovascolare si colloca al primo posto (15,7% del totale) nell'anno 2003 con un totale di 13.641 ricoveri negli uomini e 12.197 nelle donne. La prevalenza di coronaropatia (infarto e angina) nella popolazione tra i 35 e i 74 anni è risultata del 4,7% negli uomini e del 2,9% nelle donne (dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, 2° Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari, *Ital Heart J 2004; Supplement, Suppl 3*). In Friuli-Venezia Giulia il tasso di attacco coronarico, standardizzato per età nei soggetti fra 35 e 74 anni, stimato nell'ambito del Registro Nazionale degli Eventi Coronarici, è risultato di 364 per 100.000 negli uomini e 82 per 100.000 nelle donne, con una letalità standardizzata a 28 giorni rispettivamente del 24,5% e del 26,3% (*Ital Heart J Suppl 2005; 6:667-673*). Gli eventi coronarici acuti studiati in questo contesto sono comunque ottenuti applicando per la validazione la metodologia MONICA-OMS, che considera come eventi sicuri quasi esclusivamente gli infarti miocardici acuti. La patologia coronarica acuta è costituita anche

dall'angina instabile, che con l'infarto miocardico acuto, ridefinito in relazione a dosaggi enzimatici più specifici e sensibili di danno miocardico (troponine), contribuisce alle cosiddette “**sindromi coronariche acute**” (*Circulation 2003;108:2543-2549*), delle quali è importante conoscere gli indicatori epidemiologici per il presente piano. Infine, in un contesto di prevenzione delle recidive è rilevante conoscere anche l'incidenza di **angina pectoris stabile** di prima insorgenza, molto più complessa da stimare in termini epidemiologici.

Una stima non validata dell'incidenza delle sindromi coronariche acute nella regione FVG può essere calcolata utilizzando le SDO (scheda di dimissione ospedaliera) informatizzate a livello regionale. In questo ambito il Progetto “Burden of Diseases” (finalizzato alla stima della componente di disabilità) promosso dall'Agenzia Regionale della Sanità ha utilizzato i codici di dimissione relativi ad infarto acuto del miocardio (IMA) e all'angina instabile (AI). Per le stime di incidenza di IMA e AI sono stati utilizzati i dati delle SDO, selezionando i ricoveri ordinari dell'anno 2001 con codice ICD-9 rispettivamente 410 e 411 in diagnosi di dimissione principale. Sono stati considerati come episodi ripetuti nello stesso paziente, e pertanto contati una sola volta, gli eventi ripetuti con intervallo tra le due date di ammissione inferiore a 28 giorni. Le stime comprende quindi anche eventuali recidive acute di IMA o AI nello stesso paziente dopo i 28 giorni. Non sono stati considerati invece i soggetti deceduti senza un ricovero ospedaliero, essendo lo studio finalizzato alla stima della componente di disabilità delle sindromi coronariche acute. La stima dei nuovi casi di angina stabile è stata ottenuta basandosi sul consumo di farmaci traccia, i nitrati, in soggetti con almeno tre prescrizioni all'anno, senza ricoveri per IMA e AI registrati nelle SDO storiche della Regione.

STIMA CASI INCIDENTI IN FVG: INFARTO MIOCARDICO ACUTO (IMA), ANGINA INSTABILE, ANGINA STABILE – NUMEROSITA' ASSOLUTA

età	IMA*			ANGINA INSTABILE*			ANGINA STABILE**		
	M	F	tot	M	F	tot	M	F	tot
<25	0	0	0	0	0	0	12	10	22
25-34	2	0	2	2	0	2	31	16	47
35-44	41	5	46	20	2	22	34	27	61
45-54	145	18	163	100	17	117	71	60	131
55-64	264	61	325	182	85	267	233	161	394
65-74	323	182	505	220	160	380	452	432	884
75+	392	579	971	145	226	371	706	1384	2090
Totale	1.167	845	2.012	669	490	1.159	1.539	2.090	3.629

TASSI PER 1.000

	IMA*			ANGINA INSTABILE*			ANGINA STABILE**		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
età									
<24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,09	0,09
25-34	0,02	0,00	0,01	0,02	0,00	0,01	0,34	0,19	0,27
35-44	0,44	0,06	0,25	0,21	0,02	0,12	0,34	0,29	0,32
45-54	1,74	0,22	0,98	1,20	0,20	0,70	0,88	0,74	0,81
55-64	3,30	0,74	2,00	2,28	1,03	1,64	2,83	1,88	2,35
65-74	5,67	2,52	3,91	3,86	2,21	2,94	7,53	5,93	6,65
75+	9,69	6,90	7,81	3,58	2,69	2,98	16,57	16,02	16,20
Totale	2,04	1,37	1,69	1,17	0,79	0,97	2,65	3,36	3,02

* fonte SDO

** fonte farmaceutica (esclusi i soggetti con pregresso ricovero per IMA e AI)

Quindi, considerando solo i casi ospedalizzati, in Friuli-Venezia Giulia si hanno circa 3.000 sindromi coronariche acute ogni anno, delle quali circa il 90% sopravvive al 28° giorno, e oltre 3.600 cittadini senza precedenti ricoveri coronarici assumono nitrati, verosimilmente per angina stabile. In rapporto ai 1.000 assistiti medi di un Medico di Medicina Generale, circa 3 persone ogni anno soffrono di sindrome coronarica acuta e circa 3 pazienti si rivolgono a lui per l'angina stabile; tenendo conto della prevalenza stimata nell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare la stima dei pazienti con cardiopatia ischemica risulta approssimativamente di 17 uomini e 12 donne ultratrentacinquenni per Medico, coerente con quanto ricavato dall'analisi dei ricoveri: si tratta di cifre decisamente compatibili con un programma intensivo di prevenzione delle recidive.

4.1.2 SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE E REGISTRO REGIONALE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR) della Regione FVG è un sistema integrato che contiene online l'Anagrafe Sanitaria, con l'identificazione del Medico di Medicina Generale prescelto dall'assistito e la registrazione dell'esenzione diagnostica per patologia se pertinente, il Registro dei Dimessi Ospedalieri, il Registro di Mortalità, il Registro Farmaceutico e quello dell'Attività Ambulatoriale Specialistica; ogni cittadino residente o domiciliato ha un codice identificativo unico (Codice Regionale Assistito – CRA) che connette i database con caratteristiche

di non identificabilità per la Legge sulla Privacy, anche se è collegato con il Codice Fiscale visibile però, come i dati anagrafici in chiaro, solo agli operatori qualificati. La disponibilità di questi dati è risultata un fattore chiave per la positiva conclusione del Progetto MONICA OMS e per l'avvio del Registro degli Eventi Coronarici Maggiori e Cerebrovascolari, anche se recentemente la decretazione del Garante della Privacy ha determinato un rallentamento delle operazioni ed è allo studio una normativa regionale specifica. Il SISR sta evolvendo per garantire sia una cartella unificata di assistenza ospedaliera sia un'interfaccia standard per la Medicina Generale, nel contesto dell'innovazione di tutta la Pubblica Amministrazione.

L'accesso al SISR, articolato nel 1984 in Anagrafe Assistiti e Registro dei Dimessi Ospedalieri, è stato la premessa indispensabile per l'avvio, nello stesso anno, del Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari, che ha aderito al Progetto MONICA OMS. Lo studio MONICA (MONItoring trends and determinants in CARdiovascular diseases) dell'OMS, ha contribuito al più grande progetto di epidemiologia cardiovascolare del mondo, che ha tenuto sotto osservazione, dal 1984 al 1994, 15 milioni di persone dai 24 ai 64 anni in 39 centri di 27 diversi paesi in quattro continenti, contribuendo, in modo determinante e per la prima volta in modo così estensivo, a capire da un lato i rapporti tra l'andamento dei fattori di rischio e quello dell'incidenza delle malattie cardiovascolari, dall'altro le relazioni tra l'andamento dell'assistenza coronarica acuta e quello della letalità coronarica a livello di popolazione (e non solo ospedaliera!). Le aree MONICA italiane che hanno concluso lo studio sono state l'Area Friuli, sorvegliata nell'ambito del Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari e l'Area Brianza. Gli elevati livelli di standardizzazione di raccolta e di codifica degli eventi hanno fatto di questo progetto un punto di riferimento per l'epidemiologia cardiovascolare internazionale e nazionale, dando origine al Registro Nazionale degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari, coordinato dall'ISS. Nella maggior parte delle popolazioni MONICA e anche in entrambe le popolazioni italiane, sono state riscontrate riduzioni della mortalità coronarica nel periodo di indagine. I tassi di occorrenza (attack rate) degli IMA si sono situati in entrambi i sessi nei due terzi inferiori della distribuzione di frequenza relativa a tutte le aree MONICA. Nonostante tassi di attacco contenuti le popolazioni italiane hanno mostrato livelli superiori a quelli di aree mediterranee come Tolosa in Francia e la Catalogna in Spagna ed a quello del Canton Ticino in Svizzera, dimostrando chiaramente la potenzialità della prevenzione in Italia e in FVG. I tassi di letalità (case-fatality) a 28 giorni dall'esordio dell'IMA hanno evidenziato una quota preminente a carico delle morti improvvise extraospedaliere (non valutabili dai dati di dimissione ospedaliera) con mediane attorno al 50% per gli uomini e al 60% nelle donne; le popolazioni MONICA italiane si sono collocate nella metà inferiore della

distribuzione di frequenza di tutte le aree MONICA. La letalità si è comunque ridotta nel decennio, più spiccatamente per il Friuli. Nel complesso il Progetto MONICA ha evidenziato che, nelle popolazioni in cui sono stati registrati decrementi della mortalità coronaria, circa i due terzi sono attribuibili alla diminuzione contestuale dei tassi di attacco ed un terzo alla diminuzione della letalità in fase acuta. L'andamento decennale per gli IMA è risultato sostanzialmente stabile in Friuli, in lieve decremento in Brianza. Si differenziano dagli andamenti descritti per gli IMA quelli relativi alla malattia coronaria nel suo complesso, che ha considerato i casi MONICA sicuri, equiparabili agli IMA e quelli possibili, assimilabili agli IMA non Q ed alle forme più gravi di angina instabile. Sia i tassi di occorrenza che di incidenza evidenziano, nel decennio considerato, andamenti stabili nelle due aree italiane (*Int J Epidemiol 2001; 30 (Suppl 1):1098-1106*). Si può pertanto ritenere che l'impatto della malattia coronarica, rimanendo stabile nel tempo in termini globali, ma con una riduzione della letalità, possa essere collegato ad una minore severità della malattia e ad un miglioramento dell'assistenza coronarica acuta e della prevenzione secondaria. Che questa interpretazione sia corretta è confermato dalle analisi principali del MONICA, pubblicate nel 2000 sul Lancet: dai dati globali, considerati con analisi ecologiche, è emerso che l'incidenza di malattia risente consensualmente del livello del rischio cardiovascolare, ma con una fase di latenza di circa quattro anni, mentre l'andamento della letalità appare correlato ad indicatori di assistenza coronarica acuta e, per le recidive, di farmacoterapia per la prevenzione secondaria. Pertanto in FVG, prima dell'avvio del Progetto Regionale di Prevenzione Cardiovascolare (1992-1997), la sostanziale stabilità degli indicatori di rischio cardiovascolare è risultata collegata, con la latenza descritta, alla mancata riduzione del tasso di attacco dei casi sicuri e possibili, mentre la riduzione della letalità collegata al miglioramento dell'assistenza coronarica acuta ha avuto l'effetto paradossale di aumentare la prevalenza dei coronaropatici. Di qui la necessità che i Piani di Prevenzione primaria e secondaria delle Malattie Cardiovascolari e della cardiopatia ischemica in particolare siano sinergici e contemporanei nella loro applicazione. L'esperienza del Progetto MONICA è stata utilizzata per creare in Regione il Registro delle Eventi Coronarici e Cerebrovascolari, aderente a quello Nazionale coordinato dall'ISS: utilizzando i dati di dimissione ospedaliera (SDO) ed incrociandoli con le schede di mortalità (ospedaliera ed extraospedaliera) si ottengono gli eventi correnti, un campione dei quali è validato con metodologia rigorosamente standardizzata e ricavata dal Progetto MONICA revisionando la cartella clinica di ricovero o ottenendo informazioni dal curante per i decessi extraospedalieri, ottenendo in tal modo il valore predittivo dei codici di dimissione o di mortalità relativi. Il Registro degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari fa parte dell'omonimo Registro Nazionale, coordinato dall'ISS, a cui confluiscono i dati raccolti con la stessa metodologia in altri centri italiani. Gli indicatori previsti da questo

Registro sono il tasso di attacco di eventi acuti, la letalità a 28 giorni e la mortalità specifica, sicuramente importanti come strumenti di monitoraggio, ma non esaustivi in relazione alla costruzione di indicatori specifici per il presente Piano (vedi successivamente il punto **2.3 Individuazione degli indicatori di monitoraggio del Piano**).

4.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE SECONDARIA

a) pianificazione regionale

Nella regione Friuli-Venezia Giulia la pianificazione regionale esistente che contiene riferimenti, sia pure indiretti, alla prevenzione secondaria coronarica è rappresentata essenzialmente dal Piano regionale della Riabilitazione (DGR n° 606 del 24/03/2005), in cui il paragrafo 5.1.2 tratta dei soggetti con disabilità cardiologiche, stimati annualmente in 2.200 casi con IMA e 1.000 operati al cuore. Il Piano, dopo aver valutato gli elementi dell'analisi dell'offerta attuale e le criticità emergenti, pone come obiettivi specifici del S.S.R.:

- *Garantire la riabilitazione cardiologica ai post-infartuati in fase acuta e in fase post-acuta e ai soggetti sottoposti ad intervento cardiocirurgico in fase acuta e post-acuta*
- *Assicurare un'omogeneità di offerta terapeutica ed assistenziale a tutti gli utenti della regione necessitanti di riabilitazione cardiologia.*

Infine il Piano regionale della Riabilitazione descrive le indicazioni sull'organizzazione, sui percorsi clinico-riabilitativi e sull'offerta, specificando che:

la funzione riabilitativa cardiologica deve prefiggersi:

- *assistenza clinica, valutazione e stratificazione di rischio, nonché corretta impostazione terapeutica;*
- *training fisico e prescrizione di programmi di attività fisica;*
- *informazione sanitaria specifica rivolta alla correzione dei fattori di rischio, counseling, interventi comportamentali;*
- *valutazione psico-sociale ed occupazionale con interventi specifici;*
- *follow-up clinico strumentale individualizzato e supporto per il mantenimento di un adeguato stile di vita e un'efficace **prevenzione secondaria**.*

Tale attività deve essere effettuata specialmente a livello ambulatoriale e va dedicata prioritariamente, anche al fine di concentrare le risorse disponibili, a due tipologie di pazienti: infartuati ed operati al cuore, in quanto di notevole rilievo epidemiologico, di rilevanza clinica e di comprovata efficacia.

La prevenzione delle recidive è pertanto parte essenziale della funzione riabilitativa cardiologica, ma è evidente che non sono contemplati dal piano della riabilitazione i pazienti con angina instabile, quelli non infartuati sottoposti ad angioplastica coronarica e quelli con angina instabile. Tenendo conto delle indicazioni e delle risorse individuate dal piano della riabilitazione è evidente che le professionalità coinvolte nella prevenzione secondaria di queste categorie di pazienti cardiopatici sono i Cardiologi ospedalieri, i Cardiologi del territorio ed i Medici di Medicina Generale.

b) proposte delle società scientifiche professionali presenti nel territorio regionale

Le proposte scientifiche sulla prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari e della cardiopatia ischemica in particolare, derivano in FVG per larga parte dalle sezioni regionali dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e delle associazioni dei cardiologi del territorio (ANCE e ARCA), nel contesto della Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), e dalle sezioni regionali della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), e delle altre associazioni della Medicina Generale (FIMG, SNAMID). Nella quasi generalità dei casi i rappresentanti regionali di queste società scientifiche propongono all'Amministrazione Regionale documenti redatti, anche con il contributo delle sezioni regionali, a livello nazionale. Tra le pubblicazioni più rilevanti per la prevenzione secondaria coronarica sono da considerare *“Struttura e organizzazione funzionale della cardiologia”* (Ital Heart J Suppl 2003; 4:881-891) e le *“Raccomandazioni Operative della III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare”* (Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 8): 122S-135S). Nel primo documento, la Federazione Italiana di Cardiologia propone la Rete integrata delle strutture cardiologiche per bacini di utenza (in FVG per area vasta), come *“modello di organizzazione che si fonda sull'interazione e sulla complementarità funzionale fra le singole Strutture che compongono la Rete, indipendentemente dalla loro collocazione fisica e amministrativa. Ponendo al centro dell'attenzione le relazioni tra le unità produttive, le Reti Integrate di Servizi compongono due esigenze tra loro apparentemente contrastanti: la necessità di concentrazione dei servizi e la necessità di diffusione dei servizi stessi per facilitarne l'accesso”*. Tra gli obiettivi strategici da perseguire all'interno della Rete, quelli rilevanti per questo Piano sono:

- *promuovere ad ogni livello la **prevenzione** quale strumento privilegiato per evitare **l'insorgere di patologie cardiovascolari o le loro complicazioni**;*
- *favorire l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri (sia pubblici che privati accreditati), superando gestioni frammentarie e favorendo la continuità assistenziale dei percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi;*

- *sviluppare sistemi di comunicazione anche mediante la disponibilità telematica di banche dati e registri;*
- *garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni e la corretta utilizzazione dei servizi sanitari;*
- *eliminare prestazioni ripetitive;*
- *ridurre le liste di attesa.*

Nelle Raccomandazioni Operative della III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare, redatta da un gruppo di scrittura composto da Cardiologi e Medici di Medicina Generale, la sesta raccomandazione (su 7) recita:

“Implementare i percorsi di prevenzione secondaria e riabilitativi per estenderne la valenza preventiva e la provata efficacia nella riduzione degli eventi cardiovascolari nei soggetti con patologia cardiovascolare manifesta.” Con questo riferimento, viene delineato e proposto lo scenario assistenziale per lo sviluppo del programma di prevenzione secondaria e sono anche indicati i contenuti del programma di prevenzione secondaria, nel contesto di una connessione organica tra strutture cardiologiche e medicina generale che pone al centro il paziente e la continuità assistenziale anche per gli aspetti preventivi.

c) il volontariato cardiovascolare regionale e la prevenzione secondaria

Le associazioni di volontariato in ambito cardiovascolare svolgono un ruolo importante nella prevenzione secondaria cardiovascolare, in particolare coronarica. Storicamente sono sorti per primi i Cardioclub, in cui si ritrovano pazienti con pregresso IMA dopo riabilitazione strutturata, per continuarla anche senza assistenza specialistica (cosiddetta terza fase di durata indefinita, dopo la prima in UCIC e la seconda presso la struttura riabilitativa), assieme a familiari e simpatizzanti. In FVG Cardioclub molto attivi sono quelli del “Gervasutta” di Udine e lo Sweetheart di Trieste, che promuovono incontri periodici di educazione sanitaria, iniziative di promozione dell'attività fisica, stampa di materiale educativo, attività ludico-ricreative. Ci sono poi associazioni di volontariato cardiovascolare per il sostegno alle strutture cardiologiche locali e la diffusione della cultura della prevenzione cardiovascolare in sani e cardiovascolopatici, come gli Amici del Cuore di Trieste, l'Associazione Cuore Amico di Muggia, la Lega Friulana per il Cuore di Udine, l'Associazione Amici del Cuore “Domenico Zanuttini” di Pordenone, l'Associazione Cuore Amico di Gorizia, gli Amici del Cuore di Palmanova. Queste associazioni promuovono iniziative come serate sanitarie, stampa di opuscoli, giornate del cuore, corsi di sana cucina; le prime tre citate pubblicano dei periodici, in genere quadrimestrali. Tutte queste associazioni di volontariato cardiovascolare vanno coinvolte nelle azioni previste da questo piano, sia per una valutazione “laica” delle stesse, sia per il

ruolo di sostegno che possono svolgere, in particolare a favore dei coronaropatici in termini di aderenza agli stili di vita salutari, alla terapia farmacologica prescritta, ai controlli medici previsti, siano essi presso lo studio del Medico di Medicina Generale o le strutture specialistiche.

4.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

A partire dal SISR e dal Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari afferente all'Osservatorio Epidemiologico gestito dall'Agenzia Regionale della Sanità, ai fini di questo piano si intendono migliorare gli indicatori epidemiologici esistenti ed introdurne altri, di esito e di processo, concordati con le categorie mediche interessate e le associazioni di volontariato cardiovascolare, per ottenere un cruscotto intelligibile a tutti i soggetti coinvolti nel piano e comunicabile in modo trasparente all'opinione pubblica.

4.2.1 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATI

Di seguito si riportano, in sintesi, i risultati di una valutazione di qualità effettuata sulle principali fonti informative.

4.2.1.1 Anagrafe Assistiti

Uno dei punti di forza dell'anagrafe assistiti online è il Codice Regionale Assistito – CRA – unico, usato in tutti gli accessi dell'utente al Servizio Sanitario Regionale (solo recentemente nelle ricette è stato sostituito dal Codice Fiscale), di formato che garantisce la non riconoscibilità dell'assistito in caso di utilizzo di dati anonimi. L'aspetto problematico del CRA è che esso viene perduto se un cittadino emigra fuori regione, ma se questi rientra non torna in possesso del suo vecchio CRA, ma ne riceve uno nuovo, con possibili discrepanze nella ricostruzione per paziente dei dati presenti nelle varie sezioni del SISR. Un'altra informazione contenuta nell'Anagrafe Sanitaria è l'esenzione per patologia: nel caso delle malattie cardiovascolari essa è prevista, come pure per i principali fattori di rischio – ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete – e addirittura sottoposta in Regione FVG ad una ulteriore specifica, in lettera, per la patologia cardiovascolare e l'ipertensione. L'impressione è che i codici di esenzione siano certificati in modo molto variegato dalle strutture pubbliche regionali, mentre questa potrebbe diventare un'opportunità di contributo al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari, e di costruzione di indicatori, adottando un sistema previsto da una legge nazionale di tutela, che supera i problemi di privacy.

4.2.1.2 Registro dei dimessi ospedalieri

La codifica delle cause di ricovero è nel 16% dei casi imprecisa e non viene più modificata per rigidità funzionale del programma gestionale. Si ritiene opportuno rendere obbligatoria la compilazione del campo “Ospedale di Trasferimento” in modo da poter valutare appropriatamente il percorso clinico dei pazienti. Un altro problema è il ricovero di cittadini del FVG in strutture ospedaliere extraregionali: in fase di scambio dei dati per le compensazioni sarebbe opportuno richiedere le SDO in formato elettronico, da integrare nel Registro stesso. E' infatti capitale, per questo Piano, identificare i casi suscettibili di prevenzione secondaria, nonché utilizzare l'indicatore dei ricoveri ripetuti (vedi oltre).

4.2.1.3 Registro di mortalità secondo l'ISTAT

Per quanto riguarda i codici di patologia coronarica il Registro delle Schede di Morte è sufficientemente attendibile se si tengono presenti le norme ISTAT sulle cause principali: tipico il caso del diabetico che decede per IMA, in cui la causa principale di morte deve essere considerata il diabete.

4.2.1.4 Registro delle prescrizioni farmaceutiche

L'unico problema che può porsi è il collegamento tra Codice Fiscale, riportato adesso nella ricetta, e il CRA.

4.2.1.5 Registro degli Eventi Coronarici

Attualmente in Regione FVG si stanno raccogliendo i dati, assieme ad altre quattro aree nazionali sede del Registro, coordinato dall'ISS, per valutare l'impatto dei nuovi criteri classificativi (*Circulation 2003;108:2543-2549*), rispetto ai vecchi (MONICA-OMS).

4.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA

Sulla base delle considerazioni precedentemente espresse e dei risultati delle analisi svolte, si individuano obiettivi di primo livello, conseguibili nell'arco di tempo di vigenza del presente piano, e di secondo livello, attivabili dal presente piano, coerenti con le linee strategiche ma raggiungibili in un intervallo temporale superiore.

Vengono inoltre individuati obiettivi vincolanti per le Aziende Sanitarie e obiettivi di interesse locale, che possono essere variamente modulati a seconda delle esigenze e delle caratteristiche del territorio di riferimento.

Facendo riferimento anche al documento “Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007: linee operative per la pianificazione regionale”, si individuano tre obiettivi principali del sistema di sorveglianza su cui articolare il piano operativo:

S.1 sviluppo del Registro degli Eventi Coronarici Acuti per ottenere non solo gli eventi correnti, ma i “casi correnti”, cioè l’attribuzione al singolo individuo di tutti gli eventi occorsi nell’anno in indagine, con eventuale validazione di tutti se il caso venisse randomizzato a tal scopo.

S.2 sviluppo di indicatori sull’uso di strumenti di stratificazione del rischio e sulla correzione dei fattori di rischio nei pazienti con cardiopatia ischemica.

S.3 sviluppo di indicatori di appropriatezza e persistenza terapeutica nei pazienti con cardiopatia ischemica.

Oltre a questi obiettivi, a carattere vincolante per il sistema regionale e conseguibili entro il periodo di vigenza del presente piano (obiettivi di primo livello), si individuano alcuni obiettivi di ulteriore sviluppo del sistema, conseguibili in un arco temporale più ampio (obiettivi di secondo livello), e segnatamente:

S.4 sviluppo del Registro degli Eventi Cerebrovascolari Acuti per ottenere non solo gli eventi correnti, ma i “casi correnti”, cioè l’attribuzione al singolo individuo di tutti gli eventi occorsi nell’anno in indagine, con eventuale validazione di tutti se il caso venisse randomizzato a tal scopo.

S.5 sviluppo di indicatori sull’uso di strumenti di stratificazione del rischio e sulla correzione dei fattori di rischio nei pazienti con cerebrovasculopatia e arteriopatia periferica.

S.6 sviluppo di indicatori di appropriatezza e persistenza terapeutica nei pazienti con cerebrovasculopatia e arteriopatia periferica.

Il perseguimento di questi obiettivi vede direttamente coinvolto, o come titolare dell’azione o come parte interessata, l’Osservatorio Epidemiologico dell’Agenzia Regionale della Sanità, nella sua articolazione del Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari.

Un aspetto importante di tutti gli obiettivi, a partire dai primi tre, è la valutazione del modo migliore di rendere disponibili gli indicatori a tutti gli interessati, Assessorato Regionale della Salute e della

Protezione Sociale, Agenzia Regionale della Sanità, Aziende Sanitarie, Cardiologi, Medici di Medicina Generale, Associazioni di Volontariato Cardiovascolare, Opinione pubblica: si ipotizza la costruzione di un “cruscotto di indicatori”, condiviso tra tutti gli interessati, periodicamente aggiornato, intelligibile e comunicabile. La fattibilità di questo “cruscotto di indicatori” ed il contributo ad esso dei singoli obiettivi va quindi tenuta presente nella loro delineazione.

4.2.3 PIANO OPERATIVO

Obiettivo S.1 sviluppo del Registro degli Eventi Coronarici Acuti per ottenere non solo gli eventi correnti, ma i “casi correnti”, cioè l’attribuzione al singolo individuo di tutti gli eventi occorsi nell’anno in indagine, con eventuale validazione di tutti se il caso venisse randomizzato a tal scopo.

Ambito	Descrizione
Definizione dell’evento	Qualsiasi evento coronarico fatale (extraospedaliero o ospedaliero) e non fatale (ospedaliero), sia di prima insorgenza che recidiva.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, Osservatorio Epidemiologico, Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Fonti e flussi informativi	SDO e certificati di morte (compresi quelli redatti in Pronto Soccorso per i casi giunti cadavere o là deceduti e non ricoverati)
Metodo e azioni	Raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione fonti ad opera del service regionale per l’informatica IN.SI.E.L. e trasmissione al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari per le previste operazioni: a) attribuzione degli eventi ripetuti al singolo caso; b) incrocio dei casi con quelli mortali per la generazione dei “casi correnti”, c) stima della frazione di validazione campionaria degli stessi; d) validazione; e) ricostruzione dei casi correnti validati
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Pronto soccorso ospedalieri (casi lì deceduti non ricoverati), Direzione sanitaria ospedali, Reparti di Cardiologia con UCIC, Aree di Emergenza, Reparti di Medicina d’Urgenza, Dipartimenti di prevenzione (necroscofie decessi extraospedalieri), IN.SI.E.L., ARS – Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Piano di formazione	Formazione operatori PS, Cardiologie, Direzioni Sanitarie, Servizi Necroscopici, al fine di migliorare la qualità e la completezza dei dati raccolti
Indicatori di processo ----- risultato	Disponibilità dei dati PS, SDO e mortalità; Funzionamento del software di validazione ----- Produzione rapporto annuale basato sulle fonti PS, SDO, mortalità e sul processo di validazione
Cronogramma	Predisposizione del Manuale delle Operazioni e del Software specifico: Giugno 2006; operatività del Registro degli Eventi Coronarici Acuti con le nuove specifiche: Settembre 2006, con recupero delle informazioni per il 2005, anno indice di base su cui eseguire i confronti degli indicatori di risultato del presente Piano.

Obiettivo S.2 sviluppo di indicatori sull'uso di strumenti di stratificazione del rischio e sulla correzione dei fattori di rischio nei pazienti con cardiopatia ischemica.

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Qualsiasi evento coronarico non fatale, con ricovero ospedaliero o identificato dal curante (angina stabile), sia di prima insorgenza che recidiva.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, Osservatorio Epidemiologico, Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Fonti e flussi informativi	SDO, SIASA, G2-Cardi@net, segnalazioni dei Medici di Medicina Generale, Laboratori Analisi
Metodo e azioni	Raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione fonti ad opera del service regionale per l'informatica IN.SI.E.L. e trasmissione al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari per le previste operazioni: a) identificazione dei dimessi vivi con evento coronarico; b) verifica, in questi casi, della stratificazione del rischio di recidive e della menzione dei fattori di rischio modificabili e dei rispettivi obiettivi terapeutici nella lettera di dimissione; c) identificazione, su segnalazione degli Ambulatori Cardiologici e dei Medici di Medicina Generale di pazienti coronaropatici non ricoverati (angina stabile, eventi pregressi); d) verifica, in questi casi, della stratificazione del rischio di aggravamento o recidiva e della menzione dei fattori di rischio modificabili e dei rispettivi obiettivi terapeutici nei referti degli Ambulatori Cardiologici e negli archivi dei Medici di Medicina Generale.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Reparti di Cardiologia con UCIC, Ambulatori Cardiologici, Aree di Emergenza, Reparti di Medicina d'Urgenza, Medici di Medicina Generale, Laboratori Analisi, IN.SI.E.L., ARS – Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari.
Piano di formazione	Formazione operatori Cardiologie, Medicine d'Urgenza, Aree di Emergenza, Medici di Medicina Generale, al fine di condividere il sistema di raccolta dati e garantire la qualità e la completezza degli stessi.
Indicatori di processo	Numero di Cardiologie che adottano sistematicamente la stratificazione del rischio di recidive e la menzione dei fattori di rischio modificabili e dei rispettivi obiettivi terapeutici nella lettera di dimissione o nei referti; Numero di Medici di Medicina Generale che registrano sistematicamente, in forma preferibilmente elettronica, la stratificazione del rischio e i fattori di rischio da correggere.
----- risultato	----- Percentuale di coronaropatici con stratificazione del rischio e correzione dei fattori di rischio modificabili
Cronogramma	Istituzione, nell'ambito della Commissione responsabile del Piano, di un gruppo di lavoro per la definizione dei dati da raccogliere: Giugno 2006; test pilota in una Cardiologia per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale Ottobre 2006, operatività del sistema di raccolta di questi indicatori dal 2007.

Obiettivo S.3 sviluppo di indicatori di appropriatezza e persistenza terapeutica nei pazienti con cardiopatia ischemica.

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Qualsiasi evento coronarico non fatale, con ricovero ospedaliero o identificato dal curante (angina stabile), sia di prima insorgenza che recidiva.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, Osservatorio Epidemiologico, Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Fonti e flussi informativi	SDO, Registro AQPF (analisi qualitativa prescrizioni farmaceutiche), SIASA, G2-Cardi@net, segnalazioni dei Medici di Medicina Generale
Metodo e azioni	Raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione fonti ad opera del service regionale per l'informatica IN.SI.E.L. e trasmissione al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari per le previste operazioni: a) identificazione dei dimessi vivi con evento coronarico; b) verifica, in questi casi, della menzione delle terapie basate sull'evidenza scientifica nella lettera di dimissione; c) identificazione, su segnalazione degli Ambulatori Cardiologici e dei Medici di Medicina Generale di pazienti coronaropatici non ricoverati (angina stabile, eventi pregressi); d) verifica, in questi casi, della menzione delle terapie basate sull'evidenza scientifica nei referti degli Ambulatori Cardiologici e negli archivi dei Medici di Medicina Generale; e) possibilità di generare dei promemoria, diretti al Medico di Medicina Generale, dei pazienti che discontinuano le terapie basate sull'evidenza scientifica.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Reparti di Cardiologia con UCIC, Ambulatori Cardiologici, Aree di Emergenza, Reparti di Medicina d'Urgenza, Medici di Medicina Generale, Laboratori Analisi, IN.SI.E.L., ARS – Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari.
Piano di formazione	Formazione operatori Cardiologie, Medicine d'Urgenza, Aree di Emergenza, Medici di Medicina Generale, al fine di condividere il sistema di raccolta dati e garantire la qualità e la completezza degli stessi.
Indicatori di processo	Numero di Cardiologie che adottano sistematicamente la menzione delle terapie basate sull'evidenza scientifica nella lettera di dimissione o nei referti; Numero di Medici di Medicina Generale che registrano sistematicamente, in forma preferibilmente elettronica, le terapie basate sull'evidenza scientifica; Numero di Medici di Medicina Generale che richiedono i promemoria dei loro pazienti che discontinuano le terapie basate sull'evidenza scientifica
----- risultato	----- Percentuale di coronaropatici che assumono stabilmente le terapie basate sull'evidenza scientifica
Cronogramma	Istituzione, nell'ambito della Commissione responsabile del Piano, di un gruppo di lavoro specifico: Giugno 2006; test pilota in una Cardiologia per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale Ottobre 2006, operatività del sistema di raccolta di questi indicatori dal 2007.

Obiettivo S.4 sviluppo del Registro degli Eventi Cerebrovascolari Acuti per ottenere non solo gli eventi correnti, ma i “casi correnti”, cioè l’attribuzione al singolo individuo di tutti gli eventi occorsi nell’anno in indagine, con eventuale validazione di tutti se il caso venisse randomizzato a tal scopo.

Ambito	Descrizione
Definizione dell’evento	Qualsiasi evento cerebrovascolare fatale (extraospedaliero o ospedaliero) e non fatale (ospedaliero), sia di prima insorgenza che recidiva.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, Osservatorio Epidemiologico, Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Fonti e flussi informativi	SDO e certificati di morte (compresi quelli redatti in Pronto Soccorso per i casi giunti cadavere o là deceduti e non ricoverati)
Metodo e azioni	Raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione fonti ad opera del service regionale per l’informatica IN.SI.E.L. e trasmissione al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari per le previste operazioni: a) attribuzione degli eventi ripetuti al singolo caso; b) incrocio dei casi con quelli mortali per la generazione dei “casi correnti”, c) stima della frazione di validazione campionaria degli stessi; d) validazione; e) ricostruzione dei casi correnti validati
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Pronto soccorso ospedalieri (casi lì deceduti non ricoverati), Direzione sanitaria ospedali, Stroke Units, Reparti di Neurologia e di Medicina, Aree di Emergenza, Reparti di Medicina d’Urgenza, Dipartimenti di prevenzione (necroscopie decessi extraospedalieri), IN.SI.E.L., ARS – Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Piano di formazione	Formazione operatori PS, Stroke Units, Neurologie, altri reparti interessati, Direzioni Sanitarie, Servizi Necroscopici, al fine di migliorare la qualità e la completezza dei dati raccolti
Indicatori di processo	Disponibilità dei dati PS, SDO e mortalità; Funzionamento del software di validazione
----- risultato	----- Produzione rapporto annuale basato sulle fonti PS, SDO, mortalità e sul processo di validazione
Cronogramma	Predisposizione del Manuale delle Operazioni e del Software specifico: Giugno 2006; operatività del Registro degli Eventi Cerebrovascolari Acuti con le nuove specifiche: Settembre 2006, informazioni da raccogliere per il 2007, anno indice di base su cui eseguire i confronti degli indicatori di risultato del presente Piano.

Obiettivo S.5 sviluppo di indicatori sull'uso di strumenti di stratificazione del rischio e sulla correzione dei fattori di rischio nei pazienti con cerebrovasculopatia e arteriopatia periferica.

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Qualsiasi evento cerebrovascolare o caso di aterosclerosi carotidea rivascolarizzata o di arteriopatia periferica, non fatale, con ricovero ospedaliero o identificato dal curante, sia di prima insorgenza che recidiva.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, Osservatorio Epidemiologico, Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Fonti e flussi informativi	SDO, SIASA, G2, segnalazioni dei Medici di Medicina Generale, Laboratori Analisi
Metodo e azioni	Raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione fonti ad opera del service regionale per l'informatica IN.SI.E.L. e trasmissione al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari per le previste operazioni: a) identificazione dei dimessi vivi con evento cerebrovascolare o rivascolarizzazione carotidea o periferica; b) verifica, in questi casi, della stratificazione del rischio di recidive se appropriata e della menzione dei fattori di rischio modificabili e dei rispettivi obiettivi terapeutici nella lettera di dimissione; c) identificazione, su segnalazione degli Ambulatori Neurologici e di Medicina/Chirurgia Vascolare e dei Medici di Medicina Generale di pazienti cerebrovascolopatici o arteriopatici non ricoverati (aterosclerosi carotidea o periferica, eventi pregressi); d) verifica, in questi casi, della stratificazione del rischio di aggravamento o recidiva e della menzione dei fattori di rischio modificabili e dei rispettivi obiettivi terapeutici nei referti degli Ambulatori specialistici e negli archivi dei Medici di Medicina Generale.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Reparti di Neurologia, Stroke Units, Medicina/Chirurgia Vascolare, Aree di Emergenza, Reparti di Medicina d'Urgenza, Medici di Medicina Generale, Laboratori Analisi, IN.SI.E.L., ARS – Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari.
Piano di formazione	Formazione operatori Neurologie, Stroke Units, Medicine/Chirurgie Vascolari, Medicine d'Urgenza, Aree di Emergenza, Medici di Medicina Generale, al fine di condividere il sistema di raccolta dati e garantire la qualità e la completezza degli stessi.
Indicatori di processo	Numero di Reparti/Ambulatori specialistici che adottano sistematicamente la stratificazione del rischio di recidive, se appropriato, e la menzione dei fattori di rischio modificabili e dei rispettivi obiettivi terapeutici nella lettera di dimissione o nei referti; Numero di Medici di Medicina Generale che registrano sistematicamente, in forma preferibilmente elettronica, la stratificazione del rischio, se appropriata, e i fattori di rischio da correggere.
----- risultato	----- Percentuale di cerebrovascolopatici, affetti da aterosclerosi carotidea e periferica con stratificazione del rischio se appropriata e correzione dei fattori di rischio modificabili
Cronogramma	Istituzione, nell'ambito della Commissione responsabile del Piano, di un gruppo di lavoro per la definizione dei dati da raccogliere: Giugno 2007; test pilota in una Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale Ottobre 2007, operatività del sistema di raccolta di questi indicatori dal 2008.

Obiettivo S.6 sviluppo di indicatori di appropriatezza e persistenza terapeutica nei pazienti con cerebrovasculopatia o arteriopatia periferica.

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Qualsiasi evento cerebrovascolare o caso di aterosclerosi carotidea rivascolarizzata o di arteriopatia periferica, non fatale, con ricovero ospedaliero o identificato dal curante, sia di prima insorgenza che recidiva.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, Osservatorio Epidemiologico, Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Fonti e flussi informativi	SDO, Registro AQPF (analisi qualitative prescrizioni farmaceutiche), SIASA, G2-Cardi@net, segnalazioni dei Medici di Medicina Generale
Metodo e azioni	Raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione fonti ad opera del service regionale per l'informatica IN.SI.E.L. e trasmissione al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari per le previste operazioni: a) identificazione dei dimessi vivi con evento cerebrovascolare o rivascolarizzazione carotidea o periferica; b) verifica, in questi casi, della menzione delle terapie basate sull'evidenza scientifica nella lettera di dimissione; c) identificazione, su segnalazione degli Ambulatori Neurologici e di Medicina/Chirurgia Vascolare e dei Medici di Medicina Generale di pazienti cerebrovascolopatici o arteriopatici non ricoverati (aterosclerosi carotidea o periferica, eventi pregressi) d) verifica, in questi casi, della menzione delle terapie basate sull'evidenza scientifica nei referti degli Ambulatori specialistici e negli archivi dei Medici di Medicina Generale; e) possibilità di generare dei promemoria, diretti al Medico di Medicina Generale, dei pazienti che discontinuano le terapie basate sull'evidenza scientifica.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Reparti di Neurologia, Stroke Units, Medicina/Chirurgia Vascolare, Aree di Emergenza, Reparti di Medicina d'Urgenza, Medici di Medicina Generale, Laboratori Analisi, IN.SI.E.L., ARS – Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari.
Piano di formazione	Formazione operatori Neurologie, Stroke Units, Medicine/Chirurgie Vascolari, Medicine d'Urgenza, Aree di Emergenza, Medici di Medicina Generale, al fine di condividere il sistema di raccolta dati e garantire la qualità e la completezza degli stessi.
Indicatori di processo	Numero di Reparti/Ambulatori specialistici che adottano sistematicamente la menzione delle terapie basate sull'evidenza scientifica nella lettera di dimissione o nei referti; Numero di Medici di Medicina Generale che registrano sistematicamente, in forma preferibilmente elettronica, le terapie basate sull'evidenza scientifica; Numero di Medici di Medicina Generale che richiedono i promemoria dei loro pazienti che discontinuano le terapie basate sull'evidenza scientifica
----- risultato	----- Percentuale di cerebrovascolopatici, affetti da aterosclerosi carotidea e periferica che assumono stabilmente le terapie basate sull'evidenza scientifica
Cronogramma	Istituzione, nell'ambito della Commissione responsabile del Piano, di un gruppo di lavoro specifico: Giugno 2007; test pilota in un Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale Ottobre 2007, operatività del sistema di raccolta di questi indicatori dal 2008.

4.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

La prevenzione delle recidive degli eventi acuti cardiovascolari, in primis quelli coronarici, coinvolge complessi iter di valutazione prognostica, riabilitazione, trattamento cronico, terapie farmacologiche basate sull'evidenza. Nelle diverse Aziende Sanitarie Regionali le strategie applicate, sia pur ispirate alle moderne Linee Guida, trovano applicazioni condizionate da vari fattori locali: dimensioni dei Reparti/Ambulatori, complessità delle strutture, contiguità con altri reparti di elevata specializzazione, prassi consolidate sia di riferimento di pazienti complessi che di rapporto con i Medici di Medicina Generale.

La strategia principale individuata dal presente programma è la costituzione di una regia regionale, al fine di rendere disponibili per tutto il territorio regionale i programmi di prevenzione, progettati secondo criteri di EBP, considerati vincolanti, e di favorire, coordinare e supportare le iniziative locali.

4.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

Obiettivo generale del programma è la realizzazione di politiche che portino alla riduzione della mortalità e della disabilità conseguenti ad eventi cardiovascolari acuti, in particolare coronarici, e alla riduzione del numero degli eventi ricorrenti.

Vengono di seguito descritti gli obiettivi vincolanti per le Aziende sanitarie e gli obiettivi di interesse locale, che possono essere variamente modulati a seconda delle esigenze e delle caratteristiche del territorio di riferimento.

Facendo riferimento al documento “Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007: linee operative per la pianificazione regionale”, si individuano quattro obiettivi principali del programma di prevenzione su cui articolare il piano operativo:

P.1 indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente infartuato;

P.2 indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio ed ai Medici di Medicina Generale sulle modalità di valutazione del paziente coronaropatico senza infarto;

P.3 identificazione dei servizi e delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili;

P.4 attuazione di un piano di formazione del personale sanitario nella prevenzione delle recidive;

P.5 educazione dei pazienti, anche in collaborazione con le associazioni dei pazienti.

Oltre a questi obiettivi, a carattere vincolante per il sistema regionale e conseguibili entro il periodo di vigenza del presente piano (obiettivi di primo livello), si individuano alcuni obiettivi di ulteriore sviluppo del sistema, conseguibili in un arco temporale più ampio (obiettivi di secondo livello), e segnatamente:

P.6 indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente con accidente cerebrovascolare;

P.7 indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente con rivascolarizzazione carotidea o periferica.

4.3.2 PIANO OPERATIVO

P.1 indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente infartuato;

E' opportuno che le strutture ospedaliere presenti sul territorio regionale adottino modalità uniformi nelle lettere di dimissioni del paziente infartuato. In particolare ad ogni paziente al momento della dimissione dovrebbe essere fornito un foglio di dimissione indirizzato al medico curante che, oltre ai recapiti e ai riferimenti utili per tenersi in contatto con la struttura specialistica, indichi:

- il rischio futuro di recidive, comunemente espresso in percentuale (valutato attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post-infarto (GISSI) o un sistema proposto dalle Linee Guida internazionali più accreditate (ESC, ACC/AHA);
- indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere;
- indicazioni sulla terapia;
- indicazioni sulla riabilitazione;
- indicazioni sui controlli periodici da eseguire

Poiché la malattia coronarica è un disordine cronico con una storia naturale su più decenni, i soggetti con malattia coronaria possono avere varie fasi cliniche ben definite: asintomaticità, angina stabile, angina progressiva, angina instabile o infarto acuto del miocardio. La stratificazione del rischio di eventi in questi soggetti, variabile in base alle fasi della malattia, si basa comunque su quattro importanti caratteristiche. Il più importante predittore di sopravvivenza a lungo termine è la funzione del ventricolo sinistro espressa come frazione di eiezione. La seconda caratteristica è l'estensione anatomica e la severità del processo aterosclerotico dell'albero coronario, espresso comunemente con il numero dei vasi malati. Il peggioramento dei sintomi è poi un marker clinico di instabilizzazione di placca con un aumento del rischio a breve termine di morte cardiaca o infarto non fatale. La quarta caratteristica da tenere in considerazione per la stratificazione del rischio è legata alla presenza dei classici fattori di rischio coronarico e alle comorbidità del paziente.

Purtroppo in letteratura sono limitati gli studi sulla stratificazione del rischio di eventi futuri che utilizzino parametri relativamente semplici e già routinariamente eseguiti nella prassi quotidiana. I dati di follow-up del GISSI-Prevenzione (Gruppo italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardio) hanno permesso di costruire una **“carta del rischio post-IMA”** che permette di calcolare il rischio nel singolo paziente sulla base di dati reali di una popolazione italiana di infartuati. Le variabili considerate sono: età, sesso, presenza di ipertensione arteriosa, diabete, fibrinogenemia, claudicatio intermittens, abitudine al fumo, valori del colesterolo HDL e leucociti, frequenza cardiaca, presenza/assenza di alcune complicanze post IMA come disfunzione ventricolare sinistra/scompenso clinico, instabilità elettrica, ischemia residua. L'analisi multivariata utilizzata ha permesso di calcolare la probabilità (o rischio) di eventi come la morte, IMA non fatale o ictus non fatale nei 48 mesi successivi alla dimissione post IMA. Il rischio varia da un rischio “basso” < 2% ad un rischio elevato >30% di eventi nei 48 mesi successivi. Poiché i pazienti con scompenso cardiaco grave (classe NYHA III e IV) non sono stati reclutati nel GISSI Prevenzione la carta non può essere applicata a questi pazienti, peraltro con prognosi sfavorevole nel breve-medio periodo per lo scompenso.

Un'alternativa alla carta del rischio GISSI-Prevenzione potrebbe essere quella proposta da ACC/AHA nel 2002, stratificazione non invasiva basata su frazione di eiezione, rischio valutato al tappeto ruotante, difetti di perfusione da stress e anomalie di motilità di parete alla dobutamina. Le variazioni del rischio così calcolato di mortalità annuale variano da >3% anno a < 1% anno.

Importante sarà condividere e utilizzare uno strumento il più semplice possibile e che non richieda esami aggiuntivi rispetto a quelli routinariamente eseguiti, secondo le Linee Guida, durante la degenza per IMA.

Una volta definito il rischio del paziente nella lettera di dimissione sarà opportuno indicare le modalità per la correzione dei fattori di rischio (stili di vita e terapia farmacologia) e sui target relativi da raggiungere; fornire indicazioni sulla terapia da proseguire con i farmaci dell'evidenza; dare indicazioni sulla riabilitazione (sedi e modalità di accesso) e sui controlli periodici da eseguire.

Nella pagina successiva è riportata la scheda di questo obiettivo:

P.1 indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente infartuato

Programma	Descrizione
Azioni	<p>a) Ad ogni paziente al momento della dimissione dovrebbe essere fornito un foglio di dimissione indirizzato al medico curante che, oltre ai recapiti e ai riferimenti utili per tenersi in contatto con la struttura specialistica, indichi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il rischio futuro di recidive, comunemente espresso in percentuale (valutato attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post-infarto (GISSI) o un sistema proposto dalle Linee Guida internazionali più accreditate (ESC, ACC/AHA); - indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere; - indicazioni sulla terapia - indicazioni sulla riabilitazione. <p>b) I medici di Medicina Generale registrano il dato del rischio fornito dalle Cardiologie, le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, la terapia suggerita</p> <p>c) Il SISR invia periodicamente al singolo medico di Medicina Generale un elenco dei pazienti con pregresso IMA e con i farmaci assunti nel periodo di riferimento per un controllo della terapia</p>
Ambito territoriale	intera regione
Popolazione bersaglio	Dimessi dalle strutture ospedaliere con diagnosi di IMA
Coordinamento	Commissione regionale
Metodo	Utilizzo del SISR
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: cardiologi delle cardiologie ospedaliere regionali, medici di medicina generale, personale sanitario Soggetti extra SSR coinvolti: informatici SISR
Piano di formazione	Soggetti coinvolti: cardiologi, medici di medicina generale, personale sanitario delle cardiologie
Indicatori di processo	<p>a) Numero di Cardiologie regionali che nella lettera di dimissione descrivono il rischio futuro di recidive, le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, le indicazioni sulla terapia e la riabilitazione;</p> <p>b) Numero di medici di Medicina Generale che registrano l'informazione ricevuta dalle Cardiologie;</p> <p>c) Numero di medici di Medicina Generale che ricevono dal SISR i dati relativi ai farmaci utilizzati dai loro pazienti post IMA.</p>
----- risultato	----- Percentuale di coronaropatici post-IMA con stratificazione del rischio, correzione dei fattori di rischio modificabili e persistenza nelle terapie basate sull'evidenza, sottoposti a riabilitazione.
Cronogramma	Istituzione della Commissione responsabile del Piano, Giugno 2006; test pilota in una Cardiologia per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale Ottobre 2006; operatività del sistema dal 2007.

P.2 indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio ed ai Medici di Medicina Generale sulle modalità di valutazione del paziente coronaropatico senza infarto

Programma	Descrizione
Azioni	<p>a) Ad ogni paziente coronaropatico senza infarto (affetto da angina instabile o stabile, sottoposto a rivascolarizzazione coronarica) al momento della dimissione dovrebbe essere fornito un foglio di dimissione indirizzato al medico curante che, oltre ai recapiti e ai riferimenti utili per tenersi in contatto con la struttura specialistica, indichi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il rischio futuro di recidive, comunemente espresso in percentuale valutato secondo le Linee Guida internazionali più accreditate (ESC, ACC/AHA); - indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere; - indicazioni sulla terapia; - indicazioni sulla riabilitazione. <p>b) I medici di Medicina Generale registrano il dato del rischio fornito dalle Cardiologie, le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, la terapia suggerita,</p> <p>c) Il SISR invia periodicamente al singolo Medico di Medicina Generale un elenco dei pazienti con coronaropatia non infartuale e con i farmaci assunti nel periodo di riferimento per un controllo della terapia</p>
Ambito territoriale	intera regione
Popolazione bersaglio	Dimessi dalle strutture ospedaliere con diagnosi di coronaropatia non infartuale
Coordinamento	Commissione regionale
Metodo	Utilizzo del SISR
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR coinvolti: cardiologi delle cardiologie ospedaliere regionali, medici ospedalieri delle Aree di Emergenza, delle Medicine e Medicine d'Urgenza, Medici di Medicina Generale, personale sanitario</p> <p>Soggetti extra SSR coinvolti: informatici SISR</p>
Piano di formazione	Soggetti coinvolti: cardiologi, internisti, medici dell'emergenza-urgenza, medici di Medicina Generale, personale sanitario delle cardiologie e degli altri reparti ospedalieri descritti
Indicatori di processo	<p>a) Numero di Cardiologie regionali che nella lettera di dimissione descrivono il rischio futuro di recidive, le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, le indicazioni sulla terapia e sulla riabilitazione;</p> <p>b) Numero di medici di Medicina Generale che registrano l'informazione ricevuta dalle Cardiologie e dagli altri reparti ospedalieri;</p> <p>c) Numero di medici di Medicina Generale che ricevono dal SISR i dati relativi ai farmaci utilizzati dai loro pazienti coronaropatici senza infarto.</p>
----- risultato	----- Percentuale di coronaropatici senza infarto con stratificazione del rischio, correzione dei fattori di rischio modificabili, persistenza nelle terapie basate sull'evidenza, avvenuta riabilitazione.
Cronogramma	Istituzione della Commissione responsabile del Piano, Giugno 2006; test pilota in un Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale, Ottobre 2006; operatività del sistema dal 2007.

P.3 identificazione dei servizi e delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili

Programma	Descrizione
Azioni	Censimento delle strutture ospedaliere e ambulatoriali regionali in cui opera personale con competenza dimostrata nel controllo dei fattori di rischio modificabili (in relazione anche al Piano di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare); Costruzione di percorsi condivisi tra Specialisti di queste strutture e Medici di Medicina Generale per il riferimento dei soggetti/pazienti ad alto rischio con fattori di rischio di difficile gestione.
Ambito territoriale	L'intera regione
Popolazione bersaglio	Coronaropatici
Coordinamento	Commissione regionale
Metodo	Inchiesta ad hoc; Gruppo di lavoro
Assetto organizzativo	Un gruppo di lavoro della Commissione regionale predispose ed esegue un'inchiesta ad hoc, dopo aver concertato i questionari con rappresentanti delle strutture ospedaliere e ambulatoriali interessate (Cardiologie, Medicine/Chirurgie Vascolari, Medicine Interne, Diabetologie, Centri Ipertensione, Centri Dislipidemie, Servizi di dietetica). Un altro gruppo di lavoro, nel contesto della Commissione regionale, sviluppa i di percorsi condivisi tra Specialisti di queste strutture e Medici di Medicina Generale per il riferimento dei soggetti/pazienti ad alto rischio con fattori di rischio di difficile gestione.
Piano di formazione	Soggetti coinvolti: cardiologi, internisti, angiologi, diabetologi, endocrinologi, medici di Medicina Generale, personale sanitario delle cardiologie e degli altri reparti ospedalieri descritti
Indicatori di processo	Numero di strutture ospedaliere/ambulatoriali che partecipano al censimento; Attivazione del gruppo di lavoro dei percorsi e numero di sue riunioni.
----- risultato	----- Rapporto del censimento regionale delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili; Documento con i percorsi di riferimento condivisi.
Cronogramma	Istituzione dei gruppi di lavoro della Commissione responsabili del Censimento e dei Percorsi Condivisi, Giugno 2006; test pilota in un Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale, Ottobre 2006; operatività del sistema dal 2007.

P.4 attuazione di un piano di formazione del personale sanitario nella prevenzione delle recidive

Programma	Descrizione
Azioni	Costruzione di un programma di formazione per medici specialisti, medici di Medicina Generale, infermieri, farmacisti. Individuazione del personale sanitario coinvolto nelle azioni assistenziali ed educazionali dei coronaropatici
Ambito territoriale	L'intera regione
Popolazione bersaglio	Sanitari coinvolti nell'assistenza e nell'educazione dei coronaropatici
Coordinamento	Commissione regionale
Metodo	Gruppo di lavoro per la costruzione del programma di formazione; Coinvolgimento delle Direzioni delle Aziende Sanitarie e dei Distretti e degli organi direttivi delle Associazioni dei farmacisti per l'identificazione del personale sanitario.
Assetto organizzativo	Rappresentanti della Commissione Regionale, Centro Regionale per l'Area della Formazione in Medicina Generale, Associazioni Scientifiche dei Cardiologi e dei Medici di Emergenza-Urgenza, Associazioni della Medicina Generale e dei Farmacisti
Piano di formazione	Formazione dei formatori per categorie
Indicatori di processo	Numero di riunioni e materiale prodotto dal gruppo di lavoro per la costruzione del programma di formazione; Numero di contatti con le Direzioni delle Aziende Sanitarie e dei Distretti e degli organi direttivi delle Associazioni dei farmacisti.
----- risultato	----- Numero di corsi attivati per categoria di operatori sanitari; Numero di partecipanti per corso.
Cronogramma	Istituzione del gruppo di lavoro per la costruzione del programma di formazione, Giugno 2006; test pilota in un Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale, Settembre 2006; operatività del sistema Ottobre-Dicembre 2006.

P.5 educazione dei pazienti, anche in collaborazione con le associazioni dei pazienti.

Programma	Descrizione
Azioni	Valutazione e predisposizione di materiale educativo per i coronaropatici; Censimento delle Associazioni di Volontariato Cardiovascolare e loro coinvolgimento.
Ambito territoriale	L'intera regione
Popolazione bersaglio	Coronaropatici
Coordinamento	Commissione Regionale
Metodo	Gruppo di lavoro per la valutazione e predisposizione di materiale educativo per i coronaropatici (Gruppo educativo); Consulta del Volontariato Cardiovascolare
Assetto organizzativo	Coinvolgimento di specialisti, medici di Medicina Generale, infermieri professionali, farmacisti, dietisti, rappresentanti del volontariato cardiovascolare nel Gruppo di lavoro per la valutazione e predisposizione di materiale educativo per i coronaropatici; Organizzazione della Consulta del Volontariato Cardiovascolare come tavolo di raccordo e confronto tra rappresentanti della Commissione regionale, rappresentanti del Gruppo di lavoro educativo e rappresentanti autorevoli delle Associazioni di volontariato cardiovascolare presenti nel territorio regionale.
Piano di formazione	Per volontari proposti dalle Associazioni di Volontariato Cardiovascolare
Indicatori di processo	Numero di incontri del Gruppo Educativo Numero di incontri della Consulta del Volontariato Cardiovascolare
----- risultato	----- Materiale educativo selezionato o predisposto; Numero di incontri per coronaropatici e familiari realizzati dal Volontariato Cardiovascolare.
Cronogramma	Istituzione del Gruppo educativo Settembre 2006; istituzione della Consulta del Volontariato Cardiovascolare, Ottobre 2006; test pilota in un Distretto per Area Vasta Novembre-Dicembre 2006; operatività del sistema 2007.

P.6 indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente con accidente cerebrovascolare

Programma	Descrizione
Azioni	<p>a) Ad ogni paziente con accidente cerebrovascolare, al momento della dimissione dovrebbe essere fornito un foglio di dimissione indirizzato al medico curante che, oltre ai recapiti e ai riferimenti utili per tenersi in contatto con la struttura specialistica, indichi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il rischio futuro di recidive, comunemente espresso in percentuale valutato secondo le Linee Guida internazionali più accreditate; - indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere; - indicazioni sulla terapia <p>b) I medici di Medicina Generale registrano il dato del rischio fornito dalle strutture ospedaliere (Stroke Units, Neurologie, Medicine), le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, la terapia suggerita</p> <p>c) Il SISR invia periodicamente al singolo Medico di Medicina Generale un elenco dei pazienti con cerebrovasculopatia e con i farmaci assunti nel periodo di riferimento per un controllo della terapia</p>
Ambito territoriale	intera regione
Popolazione bersaglio	Dimessi dalle strutture ospedaliere con diagnosi di cerebrovasculopatia
Coordinamento	Commissione regionale allargata a neurologi e direttori di Stroke Units
Metodo	Utilizzo del SISR
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR coinvolti: neurologi e internisti delle strutture ospedaliere regionali, medici ospedalieri delle Aree di Emergenza e Medicine d'Urgenza, Medici di Medicina Generale, personale sanitario</p> <p>Soggetti extra SSR coinvolti: informatici SISR</p>
Piano di formazione	Soggetti coinvolti: neurologi, internisti, medici dell'emergenza-urgenza, medici di Medicina Generale, personale sanitario delle neurologie e degli altri reparti ospedalieri descritti
Indicatori di processo	<p>a) Numero di reparti ospedalieri regionali che nella lettera di dimissione descrivono il rischio futuro di recidive di ictus, se appropriato, le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, le indicazioni sulla terapia e sulla riabilitazione.</p> <p>b) Numero di medici di Medicina Generale che registrano l'informazione ricevuta dalle strutture ospedaliere;</p> <p>c) Numero di medici di Medicina Generale che ricevono dal SISR i dati relativi ai farmaci utilizzati dai loro pazienti cerebrovascolopatici.</p>
----- risultato	----- Percentuale di cerebrovascolopatici con stratificazione del rischio, se appropriata, correzione dei fattori di rischio modificabili, persistenza nelle terapie basate sull'evidenza, sottoposti a riabilitazione
Cronogramma	Allargamento della Commissione regionale, Giugno 2007; test pilota in un Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale, Ottobre 2007; operatività del sistema dal 2008.

P.7 indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente con rivascolarizzazione carotidea o periferica

Programma	Descrizione
Azioni	<p>a) Ad ogni paziente con rivascolarizzazione carotidea o periferica, al momento della dimissione dovrebbe essere fornito un foglio di dimissione indirizzato al medico curante che, oltre ai recapiti e ai riferimenti utili per tenersi in contatto con la struttura specialistica, indichi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il rischio futuro di complicanze aterosclerotiche, valutato secondo le Linee Guida internazionali più accreditate; - indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere; - indicazioni sulla terapia <p>b) I medici di Medicina Generale registrano il dato del rischio fornito dalle strutture ospedaliere (Medicine/Chirurgie Vascolari, Radiologie Interventistiche), le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, la terapia suggerita</p> <p>c) Il SISR invia periodicamente al singolo Medico di Medicina Generale un elenco dei pazienti con rivascolarizzazione carotidea o periferica e con i farmaci assunti nel periodo di riferimento per un controllo della terapia</p>
Ambito territoriale	intera regione
Popolazione bersaglio	Dimessi dalle strutture ospedaliere con diagnosi di rivascolarizzazione carotidea o periferica
Coordinamento	Commissione regionale allargata ad angiologi, chirurghi vascolari, radiologi interventisti
Metodo	Utilizzo del SISR
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR coinvolti: angiologi, chirurghi vascolari, radiologi interventisti delle strutture ospedaliere regionali, Medici di Medicina Generale, personale sanitario</p> <p>Soggetti extra SSR coinvolti: informatici SISR</p>
Piano di formazione	Soggetti coinvolti: angiologi, chirurghi vascolari, radiologi interventisti medici di Medicina Generale, personale sanitario dei altri reparti ospedalieri descritti
Indicatori di processo	<p>a) Numero di reparti ospedalieri regionali che nella lettera di dimissione descrivono il rischio futuro di complicanze, se appropriato, le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, le indicazioni sulla terapia e sulla riabilitazione.</p> <p>b) Numero di medici di Medicina Generale che registrano l'informazione ricevuta dalle strutture ospedaliere;</p> <p>c) Numero di medici di Medicina Generale che ricevono dal SISR i dati relativi ai farmaci utilizzati dai loro pazienti con rivascolarizzazione carotidea o periferica</p>
----- risultato	----- Percentuale di pazienti con rivascolarizzazione carotidea o periferica con correzione dei fattori di rischio modificabili e persistenza nelle terapie basate sull'evidenza.
Cronogramma	Allargamento della Commissione regionale, Giugno 2007; test pilota in un Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale, Ottobre 2007; operatività del sistema dal 2008.

4.4. CONCLUSIONI

La prevenzione nei soggetti ad alto rischio e in particolare in chi ha già avuto un evento cardiovascolare (prevenzione secondaria delle recidive), l'obiettivo principale del presente Piano, è un aspetto fondamentale della prevenzione cardiovascolare, dichiarato prioritario dalle Linee Guida internazionali, con dimostrata efficacia sulla riduzione dei ricoveri e della mortalità.

La Regione Friuli Venezia Giulia intende promuovere l'attuazione di questo Piano in modo congiunto ed integrato con il Piano di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare, attivando una Commissione Regionale unitaria e monitorandolo con gli strumenti epidemiologici affidati al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari, sezione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale gestito dall'Agenzia Regionale della Sanità. Tra gli aspetti innovativi di questo approccio, oltre al coinvolgimento di tutti gli attori interessati, la creazione di un cruscotto di indicatori semplici ed intelligibili, per favorire la comprensione e la partecipazione attiva della popolazione regionale a questa grande impresa di promozione della salute nell'ottica della sanità pubblica.

PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008 PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

CONTENUTI

5.1. INTRODUZIONE

5.1.1 GLI INCIDENTI STRADALI NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

5.1.2 FONTI INFORMATIVE

5.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE

5.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

5.2.1 VALUTAZIONE SULLA QUALITÀ DEI DATI

5.2.1.1 PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO

5.2.1.2 SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

5.2.1.3 DATI ISTAT

5.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA

5.2.3 PIANO OPERATIVO

5.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

5.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

5.3.2 PIANO OPERATIVO

5.1. INTRODUZIONE

Dall'inizio degli anni '90 la regione Friuli Venezia Giulia (FVG) ha attivato una serie di iniziative e programmi relativi alla prevenzione degli incidenti stradali. Inizialmente sono state avviate diverse attività a livello delle singole Aziende Sanitarie, generalmente caratterizzate da modalità di intervento intersettoriali.

Successivamente sono stati realizzati sia programmi di analisi del fenomeno dal punto di vista epidemiologico che progetti di prevenzione. Da sottolineare, in particolare, il coordinamento a livello dei Dipartimenti di Prevenzione per la promozione di iniziative integrate tra il settore sanitario e altri settori portatori di interesse per lo specifico tema e la costituzione di uno apposito gruppo di lavoro presso l'Agenzia regionale della sanità.

A livello legislativo si segnala l'approvazione della legge regionale 25 ottobre 2004, num. 25 "Interventi a favore della sicurezza e dell'educazione stradale", che prevede l'istituzione dell'Osservatorio per la sicurezza stradale e della Consulta regionale per la sicurezza stradale, organo tecnico politico che ha il mandato di tradurre le informazioni e conoscenze prodotte dall'Osservatorio in scelte di prevenzione.

Considerato che la Direzione centrale della pianificazione territoriale, mobilità e infrastrutture di trasporto sta elaborando il Piano regionale della sicurezza stradale, ai sensi della legge regionale 25/2004, il presente Piano è stilato coerentemente con le strategie del sopraccitato documento. Il Piano per la sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali si raccorda con le iniziative previste dal Piano regionale della sicurezza stradale, in particolare per quanto riguarda la programmazione delle attività dell'Osservatorio, con riferimento allo sviluppo di un sistema informativo su base geografica, georeferenziato (MITRIS), ed è coerente con le strategie relative alle azioni dirette individuate dalla Direzione centrale della pianificazione territoriale, mobilità e infrastrutture di trasporto, aventi forza di vincolo, in tema di interventi nelle scuole, in accordo con la Direzione Centrale Istruzione, Cultura, Sport e Pace, di azioni integrate, con le associazioni delle scuole guida (ConfederTAAI) e con la Polizia Stradale.

Infine, il Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006 - 2008 e le Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale nel il 2006, di recente approvazione, contengono obiettivi e azioni per la prevenzione degli incidenti stradali e specifici rimandi al presente piano.

Malgrado queste molteplici iniziative, il fenomeno degli incidenti stradali riveste ancora oggi una notevole rilevanza in regione non tanto per la presenza di un tasso di incidentalità particolarmente elevato rispetto alle altre regioni italiane quanto per un alto indice di mortalità conseguente agli incidenti (ISTAT. Statistiche degli incidenti stradali – Anno 2000).

L'obiettivo principale che il presente piano intende perseguire è, quindi, il potenziamento delle azioni sia a livello di osservazione e descrizione epidemiologica del fenomeno che di intervento integrato al fine di ridurre la frequenza degli incidenti e soprattutto delle conseguenze sanitarie e sociali che ne derivano.

5.1.1 GLI INCIDENTI STRADALI NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

La Regione Friuli Venezia Giulia, suddivisa amministrativamente nelle 4 province di Trieste, Udine, Pordenone e Gorizia, ha una popolazione residente di 1.183.764 persone (censimento 2001), caratterizzata da una elevata percentuale di soggetti anziani, con una quota di ultrasessantacinquenni pari a 21,5%. Nel territorio regionale sono circolanti circa 950.000 veicoli privati, come desunto dalle tasse di circolazione pagate. La rete viaria regionale totalizza circa 3.560 Km di strade, di cui il 60% provinciali ed il 5 % autostrade. In regione accadono mediamente 6.000 incidenti all'anno che causano circa 200 morti, un numero di feriti variabile fra gli 8.000 (dati ACI-ISTAT) e i 20.000 (dati dei Pronto Soccorso ospedalieri) e circa 2.000 ricoveri presso gli ospedali regionali (dati comprensivi degli eventi accaduti a residenti e non residenti in regione). Al fine di descrivere la gravità degli incidenti sono stati utilizzati alcuni indicatori, sia generali che specifici, quali il tasso di mortalità (TM, numero di morti per incidente stradale/numero di abitanti) il rapporto di lesività stradale (RL, numero di feriti/numero di incidenti per 1000) e il rapporto di mortalità stradale (RM, numero di morti/numero di incidenti per 1000).

Sebbene le analisi di tendenza temporale dimostrino una riduzione della gravità delle lesioni conseguenti ad incidente stradale la regione Friuli Venezia Giulia risulta tuttora fra quelle a più alto rischio in Italia di incidente con conseguenze mortali, come si evince dal grafico 1.

Grafico 1: Tasso di mortalità (TM = tasso di mortalità per incidente stradale per 100.000 abitanti) e rapporto di mortalità stradale (RM = numero di morti / numero di incidenti per 1000)

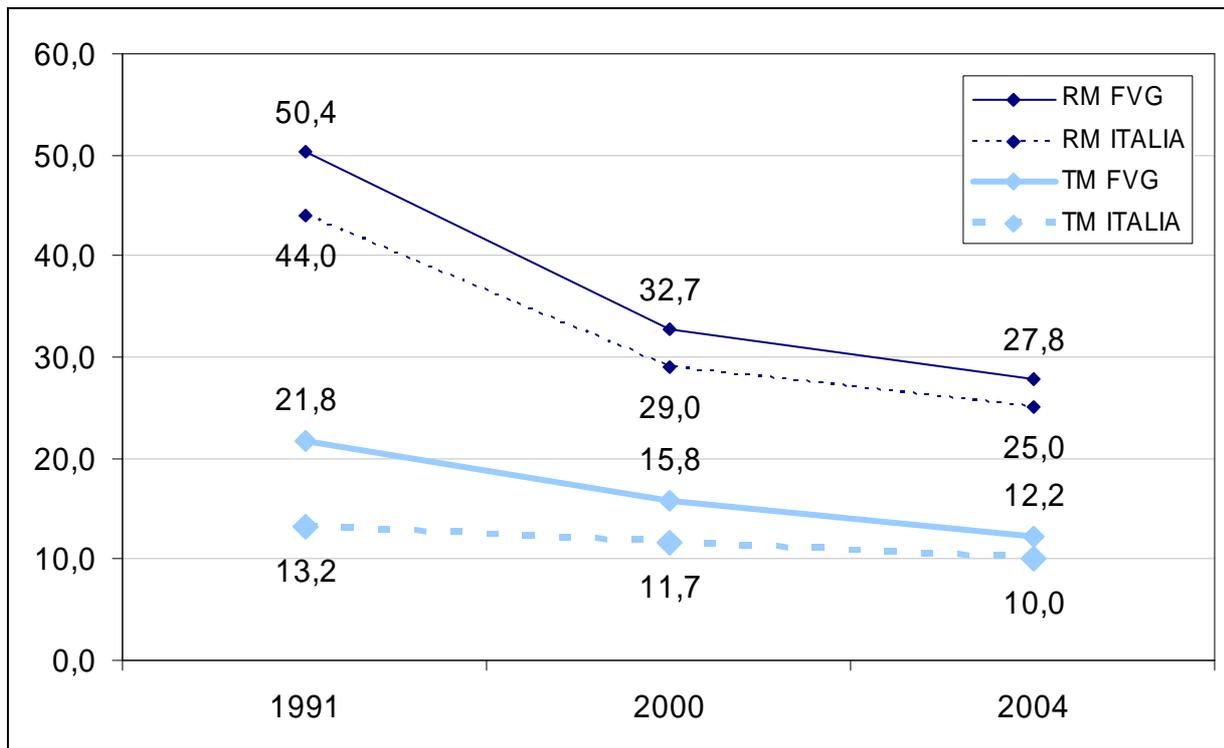
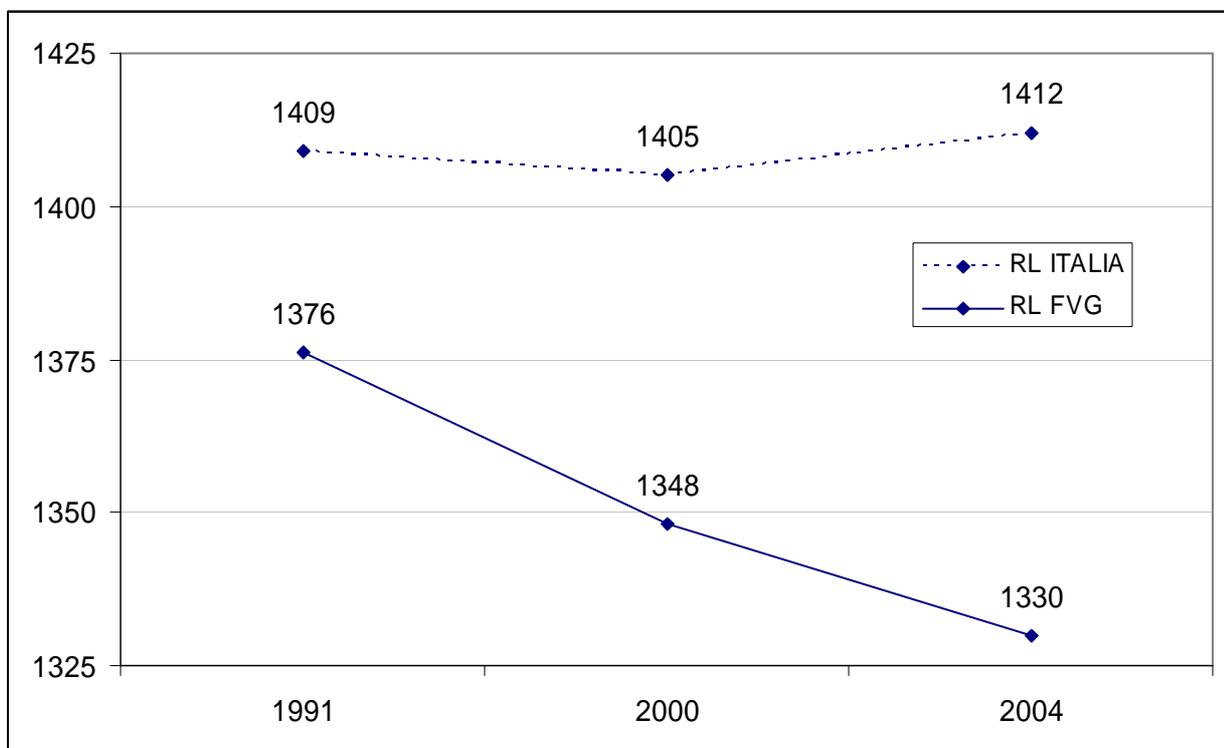


Grafico 2: Rapporto di lesività stradale (RL = numero di feriti / numero di incidenti per 1000)



Fonte: ISTAT-ACI, ISTAT schede di morte

L'analisi temporale a lungo termine evidenzia in Regione, così come in Italia, un andamento crescente, anche se con qualche oscillazione, della numerosità degli incidenti stradali e dei feriti nel periodo 1991-2004. Nel 2003 il fenomeno registra tuttavia un'inversione di tendenza che si manifesta in una diminuzione sia del numero degli incidenti e dei feriti che dei morti. Tale fenomeno è verosimilmente anche riferibile all'entrata in vigore del D.L n°151 del 27 giugno 2003, che ha introdotto la patente a punti. Questa riduzione caratterizza anche l'anno 2004, pur se in modo meno marcato.

Analizzando il fenomeno per classi di età, la popolazione compresa nell'intervallo di età tra i 20 e i 40 anni presenta, nel tempo, un elevato rischio di incidente stradale (33%). Infatti al di sotto dei 40 anni l'incidente stradale rappresenta la prima causa di morte.

Utilizzando l'indicatore Anni di vita potenzialmente persi per causa di morte nella popolazione al di sotto dei 65 anni, che misura la differenza tra l'età reale alla morte di ciascun individuo deceduto nell'anno e l'età media alla morte della popolazione di riferimento nello stesso anno, l'incidente stradale si colloca al secondo posto preceduto solamente dalle patologie tumorali.

La riduzione del RM, che decresce dal valore di 50,4 nel 1991 a quello di 27,8 nel 2004 è probabilmente riconducibile al rinnovo dei veicoli circolanti ed alle loro migliori caratteristiche in tema di sicurezza, all'adozione ed applicazione di alcune leggi inerenti la sicurezza stradale e ad un miglioramento degli interventi sanitari di primo soccorso e delle cure successive. Tale riduzione non si è tuttavia manifestata in modo omogeneo nelle diverse aree della Regione: negli anni infatti si è reso sempre più evidente che, a parità di altre condizioni, la "fisionomia" del territorio, intesa come caratteristiche orografiche, demografiche, meteorologiche, infrastrutturali ed economiche, può incidere sulle cause e sulle conseguenze degli incidenti, contribuendo notevolmente a spiegare la persistenza di un RM nell'area montana, maggiore di 10 volte rispetto a quello del territorio urbano di Trieste. Anche la riduzione progressiva della gravità dei sinistri in termini di RL non si distribuisce in modo uniforme nell'intera regione ma è caratterizzata da una certa variabilità territoriale, con una spiccata riduzione nella provincia di Udine, dove però il RM permane particolarmente elevato.

Alcuni aspetti dell'incidentalità che è opportuno sottolineare riguardano il problema di fasce di popolazione particolari, quali gli anziani, in cui le conseguenze degli incidenti in termini di

lesività e mortalità sono più gravi rispetto alle altre fasce di età e i bambini al di sotto dei dieci anni, in cui la proporzione di decessi è superiore rispetto alle altre fasce di età.

Anche se relativamente poco numerosi (circa l'8% del totale), gli incidenti in cui sono rimasti coinvolti pedoni (in circa il 94% dei casi occorsi all'interno di centri abitati) sono caratterizzati da una notevole gravità.

Particolare gravità rivestono anche gli incidenti che accadono per fuoriuscita del veicolo dalla sede stradale senza il coinvolgimento di altri veicoli, sulle cui cause sarebbe opportuno avviare una indagine specifica.

Affinché gli interventi preventivi e di miglioramento della circolazione possano essere attuati in modo efficace e le priorità di intervento possano essere stabilite opportunamente, è necessario conoscere nel modo più preciso possibile la localizzazione degli incidenti ed è, quindi, molto utile la “mappatura dei punti neri”, ovvero di quelle zone in cui è presente una particolare concentrazione di eventi incidentali. Una prima localizzazione, seppur ancora grossolana, già individua, in ciascuna provincia, le strade statali nelle quali i più frequentemente sono avvenuti gli incidenti.

5.1.2 FONTI NORMATIVE

La fonte di dati più utilizzata, sulla base della quale sono stati condotti la maggior parte degli studi epidemiologici sugli incidenti stradali, sui possibili fattori di rischio e sulle conseguenze (solo in termini di “morti” e feriti” senza una valutazione della severità delle lesioni) a cui finora si è fatto riferimento, è stata quella del sistema di sorveglianza ACI-ISTAT. In particolare, a partire da tale fonte, sono stati sviluppati, dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASS, in collaborazione con la Cattedra di Igiene dell'Università di Udine, studi di analisi sui singoli eventi occorsi tra il 1991 e il 1996 in Provincia di Udine ed il 1991-2000 in tutta la Regione.

Parallelamente, nell'ambito del progetto promosso dall'Agenzia Regionale della Sanità, è stata effettuata, attraverso studi ad hoc, l'analisi delle fonti informative sanitarie disponibili a livello regionale in termini di caratteristiche delle informazioni raccolte e di qualità dei dati al fine di migliorare la conoscenza delle conseguenze sanitarie di questi eventi. In particolare sono stati esaminati i dati correlabili ad eventi traumatici presenti nelle banche dati del Sistema informativo

sanitario regionale, valutandone la completezza, l'appropriatezza, la facilità d'uso per analisi epidemiologiche e la possibile integrazione tra le diverse fonti informative, anche ai fini del follow-up dei soggetti infortunati e della valutazione dei percorsi assistenziali e riabilitativi.

In sintesi si è osservato che:

- la base dati ISTAT - schede di morte riporta mediamente un numero di decessi superiore del 5% a quella ACI - ISTAT (vedi relazioni ISTAT). Questa fonte si considera affidabile anche perchè prevede una classificazione aggiuntiva delle "cause esterne", che consente la comparazione e la validazione di tutte le altre; tuttavia sottostima la causa "incidente stradale" dell'1% (dati preliminari, 2002)
- la base dati di PS ospedaliero, disponibile per tutto il territorio regionale in formato standard dal 2000 (gestita dal sistema PSNet, facente parte del SISR, Sistema Informativo Sanitario Regionale), è centrata sul "trage" di accettazione e non prevede specifiche descrizioni obbligatorie sulle cause e modalità di accadimento dell'incidente. Perciò anche la valutazione della gravità degli infortunati (73% codice bianco, 2,1% Codice rosso, 3,7% Codice giallo) risente di una sottonotifica del 20% della causa di accesso (studio 1/4/2002-31/1/2003, Cattedra di Igiene- ARS). Infine, il campo relativo all'identificazione assistito mediante codice unico regionale non sempre è compilato, rendendo problematico il record linkage con altre basi dati.
- la base dati ospedaliera SDO non prevede, fra le diagnosi di ricovero, le codifiche di causa esterna (i cosiddetti codici E), della località e della data dell'evento traumatico. Ne consegue un ampio ricorso a codifiche "generiche" (il 14% riferibile ad incidenti stradali, il 38% ad "altre cause accidentali- dati preliminari 2002).
- la base dati del sistema di emergenza 118 e dell' Elisoccorso è utile per studi ad hoc, sia sulle vittime che sugli eventi, soprattutto per quanto riguarda la biomeccanica del trauma, ma non è omogenea fra le 4 centrali operative

L'evidenza delle criticità dei sistemi informativi ISTAT e sanitario sono riassumibili per quanto riguarda la fonte ACI-ISTAT nella non accurata rilevazione del luogo dell'incidente, nell'assenza di dati nominativi, nella incompleta rilevazione dei "fattori psicofisici" connessi all'incidente e nella non tempestività con cui i dati vengono resi disponibili dall'ISTAT per elaborazioni (2 anni), e, per quanto riguarda il sistema informativo sanitario, nella insufficiente o mancata identificazione della causa/evento a cui far risalire una data patologia traumatica, un ricovero, un decesso, una procedura di invalidità civile (il paragrafo 2.1 riporta un'analisi di dettaglio per le fonti PS, SDO e dati ISTAT).

Conseguentemente, anche in relazione alla difficoltà di integrare le informazioni relative ad un sinistro stradale con quelle che si riferiscono alle sue conseguenze sanitarie immediate e nel tempo, nel 2002 si è giunti, da parte dell'ARS e dei Dipartimenti di Prevenzione, alla strutturazione di un progetto, che si è posto come obiettivo l'attivazione di un sistema multidisciplinare di osservazione ed analisi degli incidenti stradali e dei danni da traffico finalizzato a migliorare il livello di conoscenza del fenomeno per una corretta interpretazione delle cause e per la progettazione e valutazione delle azioni preventive. L'interesse e l'esigenza manifestata dai vari Enti ed Istituzioni coinvolti verso la costruzione di un sistema informativo integrato, coincidendo con le indicazioni del PNSS e del 2° Piano di attuazione dello stesso, ha portato rapidamente alla redazione da parte della Direzione centrale della pianificazione territoriale, mobilità e infrastrutture di trasporto di una legge organica sulla sicurezza stradale, all'interno della quale è stata prevista l'istituzione dell'Osservatorio Regionale della sicurezza stradale.(L.R. 25/10/2004, n°25).

5.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE

A livello locale sono state realizzate molteplici iniziative per la prevenzione degli incidenti stradali, la maggior parte delle quali caratterizzate da un approccio intersettoriale.

I diversi progetti avviati possono essere raggruppati, a seconda dell'attività prevalentemente svolta, nei seguenti ambiti di intervento.

- *Promozione di interventi formativi nelle autoscuole*, aventi come target gli istruttori di scuola guida e i patentandi e presso gli esaminatori della Motorizzazione Civile, anche attraverso la stipula di accordi di programma.

- *Interventi formativi nelle scuole*, sia rivolti agli insegnanti (in alcune aree territoriali sono state promosse collaborazioni tra ACI e Provveditorato agli studi) che agli studenti. Si citano in particolare esperienze condotte in alcuni istituti scolastici che hanno visto il coinvolgimento attivo degli studenti che hanno realizzato uno studio sul campo relativo all'utilizzo di dispositivi di sicurezza da parte degli automobilisti.

- *Corsi per tecnici comunali, provinciali e professionisti* relativi alle tecniche di progettazione della viabilità stradale secondo modelli di sicurezza innovativi.

- *Iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale*, aventi come oggetto, tra gli altri temi, le problematiche della sicurezza stradale, l'organizzazione di una mobilità alternativa, il primo soccorso in caso di incidente stradale con infortunati, la predisposizione di specifica cartellonistica stradale contenente messaggi promozionali sull'utilizzo dei dispositivi di sicurezza.

Campagna regionale “Provincia sicura”, con la collaborazione dell’ACI e dell’Ispettorato Circolazione e Sicurezza Stradale. Progetto “stradafacendo”, che prevede fra l’altro azioni di prevenzione degli incidenti stradali nei bambini e nei ragazzi (Condotto da “La città possibile FVG” in collaborazione con scuole, ASS, Università, Comuni, rete Città Sane)

- *Protocolli tra Ser.T. e Commissione Medica Patenti* e attivazione di corsi informativi rivolti a sanzionati per gli articoli 186 e 187 del Codice della strada.

- *Promozione del trasporto sicuro dei bambini in automobile* anche mediante interventi da parte dei Pediatri di libera scelta finalizzati a sensibilizzare i genitori all’uso del seggiolino.

- *Interventi e iniziative di prevenzione relativi alle sostanze di abuso*, con particolare riferimento al problema della sicurezza alla guida.

- *“Guida sicura”*: partecipazione, in alcune aree territoriali, al progetto del Ministero degli Interni

- *Coinvolgimento del volontariato* (Croce Rossa, Associazione Donatori Organi, ecc.) nelle iniziative di promozione della sicurezza stradale.

L’attività complessivamente svolta a livello regionale, a partire dagli anni novanta, testimonia la crescente attenzione alle tematiche relative alla prevenzione degli incidenti stradali. La regia degli interventi è, nella maggior parte dei casi, affidata ai Dipartimenti di Prevenzione e/o ai Servizi per le Tossicodipendenze. Tra gli strumenti operativi maggiormente utilizzati si segnala l’accordo di programma con gli enti o le istituzioni interessate ai vari progetti.

Per quanto riguarda la sistematicità, la diffusione territoriale e la durata nel tempo delle diverse iniziative, nella maggioranza dei casi si tratta di progetti piuttosto estesi, coinvolgenti i territori di più Aziende Sanitarie (anche se ogni Azienda Sanitaria gestisce in proprio l’iniziativa, che può differire nei contenuti da area ad area) e di durata pluriennale.

5.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

A partire dall'Osservatorio per la sicurezza stradale istituito presso la Direzione centrale della pianificazione territoriale, mobilità e infrastrutture di trasporto, e sulla base delle precedenti esperienze di indagine epidemiologica sugli incidenti stradali, si intende sviluppare a livello regionale un sistema di sorveglianza che integri le informazioni presenti nelle banche dati di interesse sanitario (archivi di mortalità, schede di dimissione ospedaliera, dati di attività dei pronto soccorso, informazioni desumibili dal sistema 118, indagini specifiche) con le informazioni presenti in settori esterni al sistema sanitario (ad esempio ACI - ISTAT). Inoltre tale progetto prevede lo sviluppo di un sistema informativo su base geografica, georiferito, con integrazione del locale database delle forze dell'ordine (contenente le informazioni ACI - ISTAT) e collegato con un sistema geografico. Il sistema MITRIS consentirà quindi di localizzare precisamente gli eventi, collegando ad essi i dati sanitari, consentendo l'attivazione di interventi mirati a livello territoriale.

Per quanto riguarda le possibili azioni di miglioramento dei sistemi informativi esistenti al fine di orientarli verso una più elevata risoluzione rispetto all'evento oggetto della sorveglianza (l'incidente stradale e le sue conseguenze in termini di salute e di costi sociali), riprendendo quanto già accennato nel paragrafo 1.2, è necessario intervenire, per quanto attiene gli aspetti sanitari, sulla identificazione della causa/evento a cui attribuire una data patologia di origine traumatica rilevata in occasione:

- 1) dell'accesso al Pronto Soccorso ospedaliero,
- 2) al momento del ricovero,
- 3) durante le procedure per il riconoscimento dell'invalidità civile oppure
- 4) al momento di stabilire le cause del decesso.

Inoltre è previsto un intervento di miglioramento della raccolta dei dati anagrafici e degli identificativi univoci di riconoscimento del soggetto, al fine di consentire una più agevole integrazione tra le diverse fonti informative, da attuarsi con azioni di sensibilizzazione e formazione degli operatori addetti.

5.2.1 VALUTAZIONE SULLA QUALITÀ DEI DATI

Di seguito si riportano, in sintesi, i risultati di una valutazione di qualità effettuata sulle principali fonti informative relativa agli anni 2001 – 2004.

5.2.1.1 *Pronto Soccorso Ospedaliero*

Si è verificata una percentuale di errori di compilazione della causa di ingresso pari a 27,8%.

Il 29,2% dei record di PS non presenta nemmeno una diagnosi (su questa mancanza si sta intervenendo cercando di rendere il campo “diagnosi1” a compilazione obbligatoria).

Il 77% dei record di PS non presenta il motivo d’ingresso (il motivo d’ingresso differisce dalla “causa d’ingresso” in quanto è un campo che va compilato in chiaro mentre la causa presenta un elenco di possibilità reso omogeneo per tutte le strutture di PS della regione dal 2000).

La base ospedaliera di PS è inoltre incentrata sul “triage” di accettazione, e non prevede specifiche obbligatorie sulle cause e modalità di accadimento dell’incidente. Dunque anche la valutazione della gravità (codici di priorità bianco-verde-giallo-rosso-blu-nero) degli infortunati risente della sottonotifica del 27,8% della causa di accesso.

Infine, nel file di PS il campo che identifica l’assistito (codice regionale assistito) è spesso inattendibile e quindi non utilizzabile a fini di record linkage.

5.2.1.2 *Schede di dimissione ospedaliera*

La codifica delle cause di ricovero è nel 16% dei casi imprecisa e non viene più modificata per rigidità funzionale del programma gestionale.

Si ritiene opportuno rendere obbligatoria la compilazione del campo “Ospedale di Trasferimento” in modo da poter valutare appropriatamente il percorso clinico dei pazienti.

Inoltre, fra le diagnosi di ricovero, non è prevista la codifica di causa esterna (codici E) e nemmeno la citazione della località o la data e l’ora dell’evento traumatico. Sarebbe utile registrare tali informazioni sia nelle SDO che nel sistema informativo del PS in quanto non tutti gli infortunati per incidente stradale che vengono ricoverati trovano corrispondenza negli ingressi in PS, ad esempio perché avviati direttamente alla terapia intensiva, e viceversa chi accede al Pronto Soccorso non viene necessariamente ricoverato.

Ne consegue un massiccio ricorso a codifiche del campo “Causa di ricovero” generiche e imprecise e la necessità di poter integrare i dati forniti dalle forze dell’ordine mediante la

compilazione dei moduli CTT/INC - ISTAT, nei quali sono presenti riferimenti all'ubicazione, alla dinamica dell'evento, alle condizioni infrastrutturali, ai veicoli e alle persone coinvolte.

5.2.1.3 *Dati ISTAT*

La mancanza delle informazioni anagrafiche dei coinvolti in incidente stradale non consente l'integrazione con i dati sanitari e richiede quindi una valutazione separata oppure il ricorso a tecniche di linkage su chiave probabilistica.

Inoltre si rileva la non accuratezza dell'informazione relativa al luogo dell'incidente e la scarsa se non del tutto mancante specifica dei fattori "psicofisici" delle persone coinvolte.

Le condizioni meteorologiche al momento dell'incidente sono comunque approssimativamente recuperabili dalle rilevazioni giornaliere dell'Osservatorio Meteorologico dell'ARPA, a disposizione sul sito www.osmer.fvg.it, in cui sono presenti dati relativi alle precipitazioni atmosferiche, dati di umidità, vento, temperature massime e minime giornaliere, ecc. associabili ad ogni evento tramite la stazione di rilevazione meteo più vicina.

5.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA

Sulla base delle considerazioni precedentemente espresse e dei risultati delle analisi svolte, si individuano obiettivi di primo livello, conseguibili nell'arco di tempo di vigenza del presente piano, e di secondo livello, attivabili dal presente piano, coerenti con le linee strategiche ma raggiungibili in un intervallo temporale superiore.

Vengono inoltre individuati obiettivi vincolanti per le aziende Sanitarie e obiettivi di interesse di interesse locale, che possono essere variamente modulati a seconda delle esigenze e delle caratteristiche del territorio di riferimento.

Facendo riferimento al documento "Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007: linee operative per la pianificazione regionale", si individuano tre obiettivi principali del sistema di sorveglianza su cui articolare il piano operativo:

S.1 - sviluppo e consolidamento di sistemi di sorveglianza degli esiti sanitari degli incidenti stradali basati sui dati forniti dal Pronto Soccorso ospedaliero, integrando tali informazioni con i dati desumibili dalle SDO e dalle schede di morte

S.2.1 - analisi epidemiologica su fattori di rischio, con particolare riferimento all'abuso di alcool ed al mancato uso dei dispositivi di sicurezza, quali casco, cinture e seggiolino per i bambini

S.2 .2 - analisi epidemiologica su fattori di rischio ambientale

S.3 - valutazione delle conoscenze e delle opinioni sui comportamenti alla guida e in sottopopolazioni specifiche.

Oltre a questi obiettivi, a carattere vincolante per il sistema regionale e conseguibili entro il periodo di vigenza del presente piano (obiettivi di primo livello), si individuano alcuni obiettivi di ulteriore sviluppo del sistema, anch'essi vincolanti ma conseguibili in un arco temporale più ampio (obiettivi di secondo livello), e segnatamente:

S. 4 - sviluppo di un sistema integrato di monitoraggio per il controllo del rischio da incidente stradale, in grado di segnalare i punti critici presenti nella rete viaria (punti neri) e gli altri fattori comportamentali ambientali e locali e di valutare gli esiti e i costi sanitari associati agli incidenti (in coerenza con le fasi di attivazione e sviluppo del Centro di monitoraggio)

S. 5 - sorveglianza degli infortuni stradali in occasione di lavoro e in itinere, anche mediante l'attivazione di un protocollo con INAIL e il diretto coinvolgimento delle Unità operative per la prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro dei Dipartimenti di prevenzione (vedi Piano della sicurezza stradale, Direzione centrale della pianificazione territoriale, mobilità e infrastrutture di trasporto)

Il perseguimento di questi obiettivi vede direttamente coinvolto, o come titolare dell'azione o come parte interessata, l'Osservatorio sulla sicurezza stradale, "...il quale cura la raccolta, l'elaborazione e la qualità dei dati, anche sanitari, relativi agli incidenti stradali che si verificano sul territorio regionale, consentendo l'estrapolazione di informazioni puntuali e complessive sullo stato della sicurezza stradale regionale e sull'efficacia degli interventi realizzati", "redige la Relazione annuale di analisi dello stato della sicurezza e dell'educazione stradale sulla base delle informazioni raccolte ed elaborate, da inviare alla Consulta regionale, alla Giunta regionale e al Consiglio regionale entro il 31 marzo di ogni anno con riferimento all'anno precedente", "elabora gli elementi tecnico-statistici necessari per la redazione del Piano regionale della sicurezza stradale" (articolo 5 comma 2 L.R. 25/10/2004).

5.2.3 PIANO OPERATIVO

Obiettivo S. 1 sviluppo e consolidamento di sistemi di sorveglianza degli esiti sanitari degli incidenti stradali basati sui dati forniti dal Pronto Soccorso ospedaliero, integrando tali informazioni con i dati desumibili dalle SDO e dalle schede di morte

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Qualsiasi accesso al Pronto soccorso ospedaliero conseguente a traumi riferibili ad incidente stradale; ricoveri e decessi riferibili a incidenti stradali
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Struttura di riferimento	ARS
Fonti e flussi informativi	Sistema PSNet, facente parte del SISR – Sistema Informativo Sanitario Regionale, integrato laddove possibile con il sistema dell'emergenza 118 e elisoccorso, SDO e certificati di morte
Metodo e azioni	Raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione fonti ad opera del service regionale per l'informatica IN.SI.E.L. e trasmissione all'Osservatorio per le elaborazioni statistiche e agli altri soggetti istituzionali interessati alla lettura trasversale del fenomeno
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Pronto soccorso ospedalieri, Direzione sanitaria ospedali, Dipartimenti di prevenzione, IN.SI.E.L., ARS, DCSPS Soggetti extra SSR coinvolti: -
Piano di formazione	Formazione operatori PS al fine di migliorare la qualità e la completezza dei dati raccolti
Indicatori di processo	Disponibilità dei dati PS, SDO e mortalità;
----- risultato	----- Produzione rapporto annuale basato sulle fonti PS, SDO e mortalità
Cronogramma	Dicembre 2006: test e adeguamento sistema informativo Dicembre 2007: produzione primo rapporto

Obiettivo S. 2.1 analisi epidemiologica su fattori di rischio, con particolare riferimento all'abuso di alcool ed al mancato uso dei dispositivi di sicurezza, quali casco, cinture e seggiolino per i bambini

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Abuso di alcool fra i conducenti auto, moto e ciclomotori Utilizzo dei dispositivi di sicurezza da parte dei conducenti di auto moto e ciclomotori e passeggeri
Ambito territoriale	Aree territoriali campione
Strutture di riferimento	Dipartimenti di prevenzione- SerT
Fonti e flussi informativi	Dati Sistema informativo sanitario regionale - Rilevazione ad hoc
Metodo e azioni	Analisi dati SISR e rilevazioni a campione. Condivisione con i medici di pronto soccorso di una procedura che preveda ad un certo livello Glasgow il dosaggio dell'alcoemia.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Dipartimenti di prevenzione, Distretti, SerT, PLS, Pronto soccorso ospedaliero Soggetti extra SSR coinvolti: Forze ordine, Istituti scolastici
Piano di formazione	Formazione degli operatori all'individuazione dei dati utili, alla metodologia di rilievo degli stessi ed alla loro valutazione
Indicatori di processo ----- risultato	Numero operatori formati; Predisposizione protocollo operativo per la rilevazione ----- Prevalenza campionaria abuso di alcool e non utilizzo dispositivi di sicurezza nel territorio regionale
Cronogramma	Predisposizione protocollo operativo e formazione operatori: dicembre 2006; Conduzione indagine: 2007

Obiettivo S. 2 .2 analisi epidemiologica su fattori di rischio ambientale

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	L'organizzazione e la gestione del traffico e la configurazione della struttura urbana e della rete stradale considerati come fattori di rischio degli incidenti stradali.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Strutture di riferimento	DCSPS- DCPTMIT- Osservatorio
Fonti e flussi informativi	Dati esistenti - Rilevazione ad hoc
Metodo e azioni	Costituzione gruppo di lavoro specifico, valutazione esperienze e buone pratiche esistenti, valutazione delle potenzialità preventive di PRG, PUT e delle scelte insediative - coordinamento con l'azione S4
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Dipartimenti di prevenzione Soggetti extra SSR coinvolti: Amministrazioni Comunali e provinciali, Città sane, Università, Associazioni, Agenda 21
Piano di formazione	Formazione degli operatori all'individuazione dei dati utili, alla metodologia di rilievo degli stessi ed alla loro valutazione
Indicatori di processo ----- risultato	Attivazione del gruppo e programma di lavoro ----- Individuazione di criteri ed indicatori di rischio ambientale correlati al traffico ed approvazione degli stessi da parte delle Istituzioni
Cronogramma	Predisposizione programma di lavoro dicembre 2006; Sviluppo del lavoro: giugno 2007 Approvazione Istituzioni : dicembre 2007

S. 3 valutazione delle conoscenze e delle opinioni sui comportamenti alla guida e in sottopopolazioni specifiche

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Conoscenze ed opinioni relative ai comportamenti degli utenti della strada (percezione del rischio) in sottogruppi di popolazione, con particolare riferimento a gruppi a rischio quali, ad esempio, immigrati, anziani, giovani.
Ambito territoriale	Aree territoriali campione
Struttura di riferimento	DCSPS
Fonti e flussi informativi	Indagine ad hoc, con particolare attenzione non solo ai dati quantitativi ma anche alle ragioni dei comportamenti
Metodo e azioni	Raccolta informazioni utilizzando i metodi della ricerca formativa, dei focus group, delle interviste individuali, dei questionari autocompilati
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Dipartimenti di prevenzione, Ser.T., Distretti, PLS Soggetti extra SSR coinvolti: Istituti scolastici, Forze dell'ordine, Autoscuole, Comuni
Piano di formazione	Formazione degli intervistatori e dei facilitatori focus group
Indicatori di processo ----- risultato	Disponibilità del protocollo operativo indagine; Formazione intervistatori e facilitatori ----- Rapporto indagine
Cronogramma	Protocollo operativo: giugno 2007 Conduzione indagine: 2008

S. 4 - sviluppo di un sistema integrato di monitoraggio per il controllo del rischio da incidente stradale, in grado di segnalare i punti critici presenti nella rete viaria (punti neri) e gli altri fattori comportamentali ambientali e locali e di valutare gli esiti e i costi sanitari associati agli incidenti (in coerenza con le fasi di attivazione e sviluppo del Centro di monitoraggio)

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Incidente stradale con lesioni alle persone
Ambito territoriale	Inizialmente in alcune aree e successivamente nell'intero territorio regionale
Strutture di riferimento	ARS – Osservatorio – DCPTMIT - DCSPS
Fonti e flussi informativi	Cartografia digitalizzata del territorio, data base delle forze dell'ordine, data base sanitario (dati PS, 118, elisoccorso, ricoveri ospedalieri, mortalità), invalidità civile
Metodo e azioni	Sistema di dati georiferiti, mirato a fornire la localizzazione precisa degli incidenti e l'integrazione dei flussi informativi prodotti dalle istituzioni che presidiano il problema (forze dell'ordine, organi sanitari, strutture preposte al pronto intervento). In particolare, la tecnologia del progetto sarà orientata a fornire analisi tempestive degli aspetti epidemiologici (ambientali e comportamentali).
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Dipartimenti di prevenzione, Distretti, IN.SI.E.L. Soggetti extra SSR coinvolti: Forze dell'ordine, Amministrazioni Provinciali e Comunali
Piano di formazione	Operatori SSR coinvolti nel progetto
Indicatori di processo	Disponibilità dello studio di fattibilità; Iniziative di formazione; Disponibilità del protocollo operativo; Applicazione pilota; sviluppo della tecnologia GIS, web – GIS e delle applicazioni statistiche
----- risultato	----- Disponibilità di analisi spazio temporali; Sviluppo di modelli di rischio; Valutazione dell'efficacia degli interventi
Cronogramma	Disponibilità dello studio di fattibilità: giugno 2007; Applicazione pilota: dicembre 2007;

S. 5 - sorveglianza degli infortuni in itinere, anche mediante l'attivazione di un protocollo con INAIL e il diretto coinvolgimento delle Unità operative per la prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro dei Dipartimenti di prevenzione (vedi Piano della sicurezza stradale, Direzione centrale della pianificazione territoriale, mobilità e infrastrutture di trasporto)

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Infortuni stradali in occasione di lavoro e "in itinere"
Ambito territoriale	Aree territoriali campione
Strutture di riferimento	Osservatorio – ARS DCSPS (Vedi piano sicurezza stradale)
Fonti e flussi informativi	Dati ISTAT-ACI, INAIL e SSR
Metodo e azioni	Analisi mediante record linkage delle basi dati sanitarie e assicurative, nonché della fonte ISTAT-ACI
Assetto organizzativo	Protocollo DCPTMIT - INAIL
Piano di formazione	Formazione operatori coinvolti nel progetto
Indicatori di processo ----- risultato	Protocollo con INAIL Disponibilità di un primo rapporto
Cronogramma	Ottobre 2006: convenzione con INAIL Luglio 2008: disponibilità di un primo rapporto

5.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

La rilevanza del fenomeno degli incidenti stradali, caratterizzato da una natura complessa e multifattoriale, la sua diffusione nel territorio regionale, la presenza di caratteristiche che pur rientrando in grandi categorie possono variare localmente, il coinvolgimento delle strutture afferenti alla sanità e i necessari collegamenti con altri settori anche mediante iniziative di coordinamento interistituzionale, sono tutti elementi che hanno portato nel tempo alla progettazione e realizzazione a livello locale di numerose e articolate iniziative finalizzate alla prevenzione degli incidenti stradali (vedi paragrafo 1.3), sia a livello informativo – formativo che in termini di intervento. Se per gli interventi nell’ambito del sistema dell’emergenze / urgenze si è effettivamente giunti ad un coinvolgimento e coordinamento sistematico di tutte le strutture del Servizio sanitario regionale, le iniziative di prevenzione permangono tuttora frammentate e scarsamente coordinate.

La strategia principale individuata dal presente programma è la costituzione di una regia regionale, al fine di rendere disponibili per tutto il territorio regionale i programmi di prevenzione, progettati secondo criteri di EBP, considerati vincolanti, e di favorire, coordinare e supportare le iniziative locali.

5.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

Obiettivo generale del programma è la realizzazione di politiche che portino alla riduzione della mortalità e della disabilità conseguente incidente stradale e alla riduzione del numero degli eventi.

Vengono di seguito descritti gli obiettivi vincolanti per le Aziende sanitarie e gli obiettivi di interesse di interesse locale, anch’essi vincolanti ma che possono essere variamente modulati a seconda delle esigenze e delle caratteristiche del territorio di riferimento.

Facendo riferimento al documento “Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007: linee operative per la pianificazione regionale”, si individuano tre obiettivi principali del programma di prevenzione su cui articolare il piano operativo:

P. 1 - Alleanze con le forze dell'ordine per intensificare i controlli su strada, con particolare riferimento all'uso dei dispositivi di sicurezza e alla guida in stato di ebbrezza (anche mediante l'estensione del progetto "Guida Sicura")

P. 2 - Campagne informative e sviluppo di programmi di comunicazione e educazione per la promozione della sicurezza stradale e la modificazione di comportamenti a rischio (guida in stato di ebbrezza, sostanze d'abuso, dispositivi di sicurezza) condotte mediante alleanze con mass media e accordi tra DP e altre strutture (ad es. laboratori) sia sulla popolazione generale (ad es. tramite cartellonistica "promozionale") che su sottopopolazioni particolari (es. soggetti che hanno già avuto uno o più incidenti). Interventi a livello scolastico (Direzione cultura)

P. 3 - Miglioramento qualità certificazioni di idoneità alla guida: formazione medici addetti (autoscuole), adozione questionari standardizzati per la rilevazione sostanze d'abuso

Oltre a questi obiettivi, a carattere vincolante per il sistema regionale e conseguibili entro il periodo di vigenza del presente piano (obiettivi di primo livello), si individuano alcuni obiettivi di ulteriore sviluppo del sistema, conseguibili in un arco temporale più ampio (obiettivi di secondo livello), e segnatamente:

P. 4 - Promuovere la cultura della sicurezza stradale in generale (collaborazione all'introduzione in ambito scolastico dell'insegnamento obbligatorio in materia di educazione stradale così come previsto dalle iniziative ministeriali) e avviare iniziative all'interno della Pubblica Amministrazione

P. 5 – Sviluppare iniziative di promozione della mobilità sostenibile

P. 6 - Promuovere a livello locale la valutazione della sicurezza stradale nella pianificazione urbanistica comunale e nelle scelte insediative

P. 7 - Aumentare la sicurezza del lavoro sulle strade, riducendo gli infortuni in occasione di lavoro ed in itinere (convenzione DCPTMIT – INAIL)

5.3.2 PIANO OPERATIVO

P. 1 - Alleanze forze dell'ordine per intensificare controlli su strada, con particolare riferimento all'uso dei dispositivi di sicurezza e alla guida in stato di ebbrezza (anche mediante l'estensione del progetto "Guida Sicura")

Programma	Descrizione
Azioni	Costruzione di una rete di relazioni e alleanze a livello regionale (Consulta regionale per la sicurezza stradale, Osservatorio), di area vasta/provinciale (Prefettura) e locale (Comuni, articolazioni locali forze ordine e polizia municipale) per la condivisione delle informazioni e la loro traduzione in indicazioni e programmi operativi. Azione di supporto per la corretta raccolta delle informazioni necessarie all'alimentazione del sistema MITRIS.
Ambito territoriale	a) intera regione b) aree territoriali campione
Popolazione bersaglio	Popolazione regionale
Strutture di riferimento	1) DCSPS – DCPTMIT - Prefetture 2) Direzioni Aziendali
Metodo	Protocollo di intesa.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Dipartimenti di prevenzione, Distretti, Ser.T. , PS ospedalieri, Sistema emergenza Soggetti extra SSR coinvolti: Prefettura, forze dell'ordine
Piano di formazione	//
Indicatori di processo ----- risultato	Protocollo di intesa Redazione delle linee per l'attuazione del Protocollo d'intesa
Cronogramma	Dicembre 2008

P. 2 - Campagne informative e sviluppo di programmi di comunicazione e educazione per la promozione della sicurezza stradale e la modificazione di comportamenti a rischio (guida in stato di ebbrezza, sostanze d'abuso, dispositivi di sicurezza) condotte mediante alleanze con mass media e accordi tra DP e altre strutture (ad es. laboratori) sia sulla popolazione generale che su sottopopolazioni particolari (es. soggetti che hanno già avuto uno o più incidenti). Interventi a livello scolastico (Direzione cultura)

Programma	Descrizione
Azioni	Definizione di uno specifico protocollo d'intesa interistituzionale. Azioni informative ed educative, condotte tramite un coordinato ed unitario progetto di comunicazione regionale, diversificate e finalizzate a: evitare l'incidente, minimizzarne le conseguenze durante e dopo l'accadimento, favorire i processi di recupero (riabilitazione), promozione di una mobilità alternativa e sostenibile
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Popolazione bersaglio	Popolazione generale, Studenti, operatori delle autoscuole, educatori (naturali e professionali), addetti al trasporto, associazioni (ad es. sportive e ricreative), lavoratori con elevate caratteristiche di mobilità (ad es. rappresentanti)
Strutture di riferimento	DCSPS – DCPTMIT – DCICSP - DC
Metodo	Azione sinergica di campagne di informazione e sensibilizzazione e di interventi formativi, aventi caratteristiche di continuità e qualità, garantite dallo strumento del protocollo di intesa interistituzionale e sviluppate utilizzando tecniche di comunicazione sociale efficace
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Dipartimenti di prevenzione, Servizi di Promozione della Salute, Distretti, Ser.T. , PS ospedalieri, Sistema emergenza; Pediatri di libera scelta, Soggetti extra SSR coinvolti: Prefettura, Provveditorato agli studi, Amministrazioni provinciali e comunali, ACI, associazionismo e volontariato, scuole guida, rete Città Sane, progetto "stradafacendo".
Piano di formazione	Formazione educatori, operatori scuole guida, MMG e PLS
Indicatori di processo	Redazione e firma del protocollo d'intesa. Numero d'iniziativa d'informazione e sensibilizzazione organizzate
----- risultato	Sondaggio sulle popolazioni bersaglio
Cronogramma	Protocollo redatto e firmato 2006 Iniziative informative e di sensibilizzazione nel 2007-2008

P. 3 - Miglioramento qualità certificazioni di idoneità alla guida: formazione medici addetti (autoscuole), adozione questionari standardizzati per la rilevazione sostanze d'abuso

Programma	Descrizione
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione ed aggiornamento periodico dei medici certificatori sia nelle autoscuole che nei servizi pubblici. Promozione di uno standard di qualità per le attività certificatorie in materia di rilascio della patente di guida. - Sistematizzare la rilevazione dell'abuso di sostanze da parte dei conducenti tramite strumenti standardizzati e condivisi. - Organizzare in tutto il territorio regionale corsi propedeutici alla visita presso la Commissione Patenti a seguito della sospensione (ex artt.186-187 Cod. Strad.)
Ambito territoriale	Territorio regionale
Popolazione bersaglio	Utenti in occasione rilascio / rinnovo patente di guida. Conducenti anziani
Struttura di riferimento	ARS
Metodo	Definizione di uno standard di qualità per le attività certificatorie in materia di rilascio della patente di guida
Assetto organizzativo	Dipartimenti di Prevenzione, Servizi di Medicina Legale, SerT, Servizi di Alcolologia, PS e dip.emergenze; Servizi di Formazione del SSR; Medici certificatori autoscuole; Forze di Polizia e Vigilanza Comunale.
Piano di formazione	Formazione medici certificatori, personale autoscuole
Indicatori di processo	Disponibilità d standard di qualità per la certificazione di idoneità alla guida e la rilevazione sostanze abuso. Organizzazione corsi (ex artt.186-187 Cod. Strad.).
----- risultato	Formazione medici certificatori
Cronogramma	Giugno 2007: disponibilità standard Dicembre 2007: estensione corsi (ex artt.186-187 Cod. Strad.) a tutto il territorio regionale

P. 4 - Promuovere la cultura della sicurezza stradale in generale (collaborazione all'introduzione in ambito scolastico dell'insegnamento obbligatorio in materia di educazione stradale così come previsto dalle iniziative ministeriali) e avviare iniziative all'interno della Pubblica Amministrazione

Programma	Descrizione
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> - Integrare i percorsi formativi previsti dalle iniziative ministeriali (Istruzione) in materia di educazione stradale con quelli previsti dai Servizi di Promozione della Salute delle Aziende sanitarie in materia di cultura della sicurezza e promozione di stili di vita sani - Iniziative di sensibilizzazione in materia di mobilità sostenibile - Attivazione di percorsi formativi nella Pubblica Amministrazione, a partire dalla Sanità, nell'ambito dei progetti collegati all'applicazione del D.Lvo 626/94 in accordo con il punto P.7
Ambito territoriale	Regionale – Aree territoriali campione
Popolazione bersaglio	Studenti, popolazione di aree territoriali campione, Dipendenti della PA
Strutture di riferimento	DCSPS - Tavolo interaziendale per la Promozione della Salute dei DP-DR Istruzione - Agenda 21
Metodo	Integrazione tra istituzioni, enti e intersettorialità
Assetto organizzativo	RSPP della PA , OOSS, Dipartimenti di Prevenzione, Ser.T.
Piano di formazione	Formazione operatori Servizi dei DP - Formazione insegnanti – formazione RSPP
Indicatori di processo	Numero corsi per insegnanti e per RSPP Numero di progetti interistituzionali mirati al miglioramento della cultura della sicurezza attivati nelle scuole Numero d'iniziative di sensibilizzazione attivate
----- risultato	Nell'ambito territoriale percentuale di PPAA coinvolte in un percorso formativo Valutazione dell'efficacia dell'intervento informativo e/o formativo
Cronogramma	Tavolo interistituzionale 2006 Iniziative integrate nel mondo della scuola 2006-2008 Iniziative di sensibilizzazione 2006-2008 Iniziative formative nella PA 2007-2008

P. 5. - Sviluppare iniziative di promozione della mobilità sostenibile

Programma	Descrizione
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione dei bisogni di mobilità nel percorso casa-lavoro e casa-scuola in aree territoriali campione della regione, coinvolgendo le principali realtà produttive e di servizio (ad iniziare dalle ASS), e le singole realtà scolastiche in collaborazione con i mobility manager comunali e aziendali (ove presenti) - Sviluppo di iniziative rivolte alla promozione della mobilità alternativa che favorisca l'utilizzo dei mezzi pubblici, della mobilità ciclistica e pedonale (ad es. piedibus) - Promuovere agevolazioni per l'uso dei mezzi pubblici alle aziende pubbliche o private che realizzino uno studio della mobilità dei propri dipendenti (la soluzione economica dovrebbe trovarsi nella normale dinamica di mercato, ma possono essere previsti ev. finanziamenti regionali), mediante la collaborazione tra i mobility manager aziendali e comunali (ove presenti) - Contribuire alla redazione dei Piani Urbani del Traffico (PUT) basandosi sulle fonti informative del punto S.4 e sui criteri/indicatori del punto S.2.2
Ambito territoriale	Regionale Ambiti territoriali regionali campione
Popolazione bersaglio	Studenti e Lavoratori
Strutture di riferimento	DCSPS, DCPTMIT, Agenda 21, rete Città sane, direzioni ASS Tavolo interaziendale Dipartimenti di Prevenzione
Metodo e azioni	<ul style="list-style-type: none"> - Studio della mobilità dei dipendenti ed utenti delle principali realtà produttive, di servizio (ad iniziare dalle ASS) e delle scuole - Realizzazione d'incontri di sensibilizzazione - Incontri con le Amministrazioni Comunali e Provinciali per la condivisione delle informazioni assunte affinché vengano adottate le soluzioni adeguate (integrato al punto P.6) - Stipula di appositi protocolli d'intesa con le principali realtà produttive e di servizio e con le Aziende di trasporto pubblico locale - Partecipare alla redazione dei PUT
Assetto organizzativo	Soggetti SSR: Dipartimenti di Prevenzione Soggetti extra SSR: PPAA, Scuole, Amministrazioni Provinciali e Comunali, Aziende di trasporto pubblico
Piano di formazione	Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione sul mobility management
Indicatori di processo /risultato	Protocolli d'intesa stipulati; Numero di aziende sanitarie che realizzano uno studio della mobilità dei propri dipendenti; Numero di studenti coinvolti nell'analisi della mobilità casa scuola sul totale degli studenti coinvolgibili; Numero di iniziative realizzate; Numero di aziende di trasporto pubblico che istituiscono tariffe agevolate per aziende pubbliche o private che realizzino uno studio della mobilità Numero di incontri con Comuni e Province (collegato al punto P.6) Numero di PUT redatti in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione
Cronogramma	Protocolli d'intesa stipulati – 2006 - 2007 Avvio studio delle Aziende sanitarie sulla mobilità dei propri dipendenti - 2007 Avvio studio della mobilità degli studenti - 2007 Iniziative di sensibilizzazione - 2006-2008 Sensibilizzazione delle aziende pubbliche e private per lo studio sulla mobilità dei propri dipendenti- 2007-2008 Incontri con Amm.ni Comunali per promuovere la redazione partecipata dei PUT - 2007 - 2008

P. 6 – Promuovere a livello locale la valutazione della sicurezza stradale nella pianificazione urbanistica comunale e nelle scelte insediative

Programma	Descrizione
Azioni	- Partecipazione del Dipartimento di Prevenzione al processo decisionale per la pianificazione territoriale al fine di condividere gli obiettivi di salute e di diffondere le soluzioni adottabili per il recupero di spazi pubblici urbani a condizioni di maggior sicurezza e di fruizione, soprattutto in riferimento ai bisogni di mobilità delle utenze deboli - Inserire la valutazione della sicurezza stradale fra i criteri di valutazione degli insediamenti e degli strumenti urbanistici (PRGC e PRPC) così come previsto dall'art. 220 e 230 del TULLSS
Ambito territoriale	Regionale
Popolazione bersaglio	Utenti deboli della strada, popolazione generale
Strutture di riferimento	DCSPS – DCPTMIT - Tavolo interaziendale Dipartimenti di Prevenzione
Metodo	Incontri con le Amministrazioni Comunali per promuovere la partecipazione del Dipartimento di Prevenzione al processo decisionale per la pianificazione territoriale Partecipazione alle fasi di formazione del PTR da parte dei Dipartimenti di Prevenzione Condivisione tra gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione dei criteri di valutazione degli insediamenti e degli strumenti urbanistici individuati al punto S.2.2
Assetto organizzativo	Soggetti SSR: Dipartimento di Prevenzione Soggetti extra SSR: Amministrazioni Comunali, Agenda 21, rete Città sane
Piano di formazione	Formazione operatori dei Dipartimenti di Prevenzione Formazione operatori delle Amm.ni Comunali
Indicatori di processo ----- risultato	Numero di strumenti urbanistici (PRGC e PRPC) sottoposti a parere art. 230 TULLSS ----- Numero di strumenti urbanistici (PRGC) predisposti con la partecipazione/valutazione congiunta e in cui sono inseriti i criteri di sicurezza stradale Numero di progetti insediamenti valutati ai sensi dell'art. 220 TULLSS considerando anche le ricadute in termini di sicurezza stradale
Cronogramma	Dipende da S.2.2

P. 7 - Aumentare la sicurezza del lavoro sulle strade, riducendo gli infortuni in occasione di lavoro ed in itinere (protocollo DCPTMIT – INAIL)

Programma	Descrizione
Azioni	A seguito della stesura di appositi protocolli d'intesa tra i soggetti coinvolti : - realizzazione delle iniziative informative sulla dimensione del fenomeno infortunistico sulle strade, del significato delle iniziative di prevenzione in tale ambito; - realizzazione di iniziative di formazione sulla sicurezza stradale, sulla organizzazione del lavoro, sui concetti di sicurezza del lavoro negli autotrasporti, sui dispositivi di sicurezza; - definizione di linee guida di buona prassi relative agli aspetti di tipo organizzativo nel comparto degli autotrasporti e dei servizi. - Definire linee guida di buona prassi da seguire nella realizzazione di cantieri stradali. - Attuare un programma di vigilanza nei cantieri stradali
Ambito territoriale	Regione Ambiti territoriali campione
Popolazione bersaglio	Autisti di Mezzi pesanti (autobus, camion, etc.) Società di autotrasporto e Servizi Ditte che realizzano cantieri sulle strade.
Strutture di riferimento	ARS, Coordinamento Responsabili Uopsal, Associazioni Imprenditoriali e OOSS
Metodo e azioni	Azione sinergica di campagne di informazione e sensibilizzazione e di interventi formativi, aventi caratteristiche di continuità e qualità, garantite dallo strumento del protocollo di intesa . Valorizzazione della VdR nella definizione degli aspetti organizzativi del lavoro e nell'adozione dei Dispositivi di Protezione
Assetto organizzativo	Uopsal – Associazioni Imprenditoriali - OOSS - INAIL
Piano di formazione	Operatori Uopsal RSPP e RLS ditte di autotrasporto e di servizio
Indicatori di processo //risultato	Definizione dei criteri per una corretta VdR nei comparti a maggior rischio; Definizione dei criteri per una corretta VdR nei cantieri stradali Campagna informativa attuata N Cantieri stradali sottoposti a Vigilanza
Cronogramma	-Stesura di appositi protocolli d'intesa 2006 - realizzazione delle iniziative informative sulla dimensione del fenomeno infortunistico sulle strade, del significato delle iniziative di prevenzione in tale ambito 2007; - realizzazione di iniziative di formazione sulla sicurezza stradale, sulla organizzazione del lavoro, sui concetti di sicurezza del lavoro negli autotrasporti, sui dispositivi di sicurezza 2007-2008; - definizione di linee guida di buona prassi relative agli aspetti di tipo organizzativo nel comparto degli autotrasporti e dei servizi 2007. - Definire linee guida di buona prassi da seguire nella realizzazione di cantieri stradali 2006- 2007. - Attuare un programma di vigilanza nei cantieri stradali 2007-2008

PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008 PER LA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

CONTENUTI

6.1. INTRODUZIONE

6.1.1 GLI INCIDENTI DOMESTICI NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

6.1.2 FONTI INFORMATIVE

6.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE

6.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

6.2.1 OBIETTIVI DEL SISTEMA

6.2.2 PIANO OPERATIVO

6.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

6.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

6.3.2 PIANO OPERATIVO

6.1. INTRODUZIONE

Gli infortuni domestici rappresentano, a livello nazionale, un problema rilevante, il cui peso sociale è determinato sia dall'elevato numero di persone infortunate che dagli esiti in disabilità e da un tasso di mortalità, soprattutto tra gli anziani, non trascurabile. Dai dati disponibili, ed in particolare dallo studio compiuto dall'ISPESL sulle indagini multiscopo ISTAT e dai dati del progetto Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione (SINIACA), emerge inoltre una tendenza all'aumento del fenomeno.

La Regione Friuli Venezia Giulia, mediante l'attività svolta dalle proprie Aziende Sanitarie, ha avviato a livello locale diversi progetti, sia mirati alla sorveglianza del fenomeno che alla prevenzione degli eventi infortunistici.

Il presente piano intende ricondurre a un'unica regia regionale le attività svolte in questo settore, al fine di programmare e coordinare gli interventi, renderli omogenei su tutto il territorio di competenza e valutarne l'efficacia.

Particolare rilievo verrà dato allo sviluppo del sistema di sorveglianza, mediante la conduzione di indagini epidemiologiche a campione per l'analisi della dinamica degli eventi e dei fattori di rischio a questi sottesi, ed alle attività preventive mirate, incentrate soprattutto sulle fasce più fragili della popolazione, in particolare gli anziani (anche per il tramite dei servizi domiciliari), e sulle azioni di miglioramenti della sicurezza abitativa (domotica). Tale attività di prevenzione dovrà svilupparsi mediante il coinvolgimento delle Istituzioni preposte (Ministero della Salute e ISPESL, anche nell'ambito di progetti finalizzati) delle associazioni e degli ordini professionali, dei fornitori di energia, acqua e gas, nonché della Direzione centrale ambiente e lavori pubblici (per le politiche abitative).

6.1.1 GLI INCIDENTI DOMESTICI NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Nella regione Friuli Venezia Giulia (FVG) sono state condotte alcune indagini epidemiologiche al fine di quantificare e descrivere il fenomeno degli incidenti domestici.

In questa sintesi vengono presentati i risultati di due studi: il primo, condotto dall’Agenzia Regionale della Sanità su tutto il territorio regionale e relativo al periodo 1996-2001, ha indagato il fenomeno utilizzando i dati correnti del sistema informativo sanitario regionale: prestazioni di pronto soccorso, ricoveri ospedalieri e decessi.

Il secondo studio, realizzato nel periodo 2003-2004 dall’Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 “Triestina”, in collaborazione con ISPESL, era finalizzato alla individuazione dei fattori che intervengono nella dinamica infortunistica, soprattutto nella popolazione anziana.

In generale, a livello regionale, gli infortuni domestici sono causa di circa il 2% degli accessi in pronto soccorso, dello 0,5% dei ricoveri e dello 0,7% dei decessi. Il numero delle morti per incidente domestico, nel periodo 1996 – 2001, è risultato in costante aumento (incremento in parte riconducibile ad una maggiore attenzione nella codifica delle schede di morte). La maggior parte dei decessi si verifica negli ultrasessantacinquenni (oltre il 70%, soprattutto riferibile alle conseguenze di fratture agli arti inferiori e traumi cranici). Per quanto riguarda la modalità di accadimento, in circa il 68% dei casi essa è riconducibile a caduta.

Gli avvelenamenti rappresentano il 7,5% dei casi e si verificano nelle fasce di età più giovani.

L’andamento nel tempo dei ricoveri si rivela decrescente, dimezzandosi nell’ultimo anno di osservazione rispetto all’inizio del periodo: 1.088 eventi osservati nel 1996, 567 nel 2001. L’età media dei soggetti ricoverati è inferiore a quella dei deceduti (65 anni circa nei ricoverati, 76 nei deceduti) ed è maggiore l’incidenza tra le donne. Tra le principali diagnosi di dimissione, la più frequente è quella relativa alla frattura degli arti inferiori (oltre un terzo dei casi), spesso causa di disabilità.

Lo studio condotto nell’area triestina si è basato su 203 indagini a seguito di incidente domestico tra gli ultrasessantacinquenni, mirate a rilevarne le cause e le conseguenze in termini di salute, e su 122 sopralluoghi in altrettante abitazioni, al fine di verificare i fattori di rischio presenti nelle stesse.

Tra le informazioni di rilievo emerse da questo studio si ricorda l’elevata età media dei soggetti andati incontro ad incidenti domestici (78 anni), la prevalenza del sesso femminile (70%),

ed il fatto che un terzo delle persone infortunate viveva da sola, a sottolineare la condizione di solitudine che connota questa fascia di popolazione nella provincia di Trieste.

Distrazione, disattenzione, comportamenti impropri ed errata assunzione di farmaci (con relativi malesseri) sono tra le più frequenti cause di infortunio.

Il luogo di accadimento è rappresentato soprattutto dalla camera da letto e dalla cucina. In circa i due terzi dei casi l'attività svolta al momento dell'infortunio era riconducibile alle usuali attività domestiche (pulire, cucinare) e alle quotidiane attività fisiologiche (bere, mangiare, recarsi al bagno).

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'abitazione, lo stato di conservazione è risultato mediocre o pessimo in circa il 19% dei casi, mentre la manutenzione degli impianti non era effettuata periodicamente con regolarità nel 17% dei casi.

Si ricorda inoltre uno studio multicentrico sugli avvelenamenti nel bambino, condotto dall'IRCCS Burlo Garofolo e dall'Università di Udine, cui hanno partecipato i servizi di pronto soccorso di Udine e Trieste (2001). Tale studio ha evidenziato l'assoluta prevalenza dell'esposizione a tossici nei primi anni di vita e in ambiente domestico, perlopiù dovuta a carenza di informazioni sulla tossicità delle sostanze presenti in casa e ad un'insufficiente sorveglianza dei bambini.

E' inoltre in corso uno studio epidemiologico degli accessi al pronto soccorso per infortunio nella popolazione triestina di età 0 – 16 anni, studio che potrà fornire ulteriori evidenze utili per la progettazione di interventi preventivi mirati.

I dati presentati indicano alcune priorità di intervento, sia nell'impostazione di un sistema di sorveglianza che di programmi preventivi mirati, che di seguito verranno indicate.

Tali programmi dovranno tener conto, al fine di uniformare gli interventi a livello regionale e nazionale, delle misure di prevenzione e correttive proposte nelle "linee di indirizzo" disponibili a livello nazionale (ISPESL in primo luogo).

6.1.2 FONTI INFORMATIVE

Le fonti informative utilizzate sono rappresentate dalle schede di accesso al pronto soccorso ospedaliero (PS), dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e dai certificati di morte.

Le informazioni rilevabili al momento dell'accesso al PS sono da considerarsi affidabili e piuttosto complete.

Non è così per le SDO, in quanto l'informazione relativa alla causa esterna del trauma è povera e incompleta. L'informazione sul trauma è invece di qualità soddisfacente e completa.

Per quanto riguarda la scheda di decesso, non è prevista tra le cause di natura violenta la voce incidente domestico.

E' prevista una descrizione della modalità che ha provocato la lesione e la codifica del luogo dell'incidente (che prevede la voce abitazione), ma il comportamento dei medici certificatori è piuttosto variabile.

L'indagine svolta nell'area di Trieste ha utilizzato un questionario standardizzato a livello nazionale per la rilevazione delle informazioni sulla persona infortunata, sulle modalità di accadimento dell'evento e sulle caratteristiche dell'abitazione.

Un aspetto sempre scarsamente valutato, di cui si ha solo evidenze sporadiche, ma non dati epidemiologici affidabili, inoltre, è quello della violenza domestica, che molto spesso viene inclusa senza altra specificazione tra gli incidenti domestici stessi; su tale fenomeno esiste uno studio recente, condotto nella provincia di Verona, in collaborazione tra la Magistratura, l'Università, l'Azienda Ospedaliera di Verona e l'Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 "Triestina". Tale studio può fornire una base metodologica per giungere alla conoscenza di questa drammatica, quanto spesso misconosciuta, realtà.

L'originalità di questo studio, ed il rilievo della concomitanza temporale tra gli accadimenti di violenza domestica e gli incidenti domestici al di fuori di tale fattispecie, ha indotto l'ISPESL, sempre in collaborazione con le citate Istituzioni, a sollecitare l'attenzione verso il fenomeno della violenza domestica, stimolando la conduzione di indagini ad hoc (proposta di progetto al Ministero Salute).

6.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE

A livello delle singole Aziende sanitarie sono in atto diversi progetti di prevenzione degli incidenti domestici. Tali attività, pur non essendo omogeneamente diffuse nell'intero territorio regionale, testimoniano l'attenzione che il Servizio Sanitario Regionale dedica a questa problematica. In sintesi, i programmi di prevenzione in atto possono essere riassunti nelle seguenti aree di intervento:

- prevenzione dei rischi dell'anziano istituzionalizzato, mediante interventi formativi indirizzati al personale di assistenza;
- miglioramento delle condizioni di sicurezza degli edifici, impianti e attrezzature nelle case di riposo pubbliche e private;
- progetto "casa sicura": produzione di materiale informativo (disponibile anche su cd e sito internet Agenzia regionale della sanità) contenente indicazioni e consigli per rendere più sicura la propria abitazione;
 - iniziative di informazione rivolte alla popolazione generale sulla prevenzione degli incidenti domestici, anche in collaborazione con amministrazioni comunali.
- Progetto telesoccorso, telecontrollo e teleassistenza rivolta a circa 6.000 soggetti, soprattutto anziani, nell'ambito del quale si è sviluppato uno specifico intervento di prevenzione delle cadute in ambito domestico, in collaborazione con i distretti e i servizi ADI

6.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Sulla base delle brevi considerazioni sulla qualità dei dati espresse nel paragrafo 1.2, e tenendo conto che l'obiettivo principale, in termini di sorveglianza del fenomeno relativo agli incidenti domestici è, per questa Regione, il poter disporre di un sistema in grado di fornire informazioni precise con tempestività e completezza, sono stati individuati i seguenti obiettivi del sistema e i relativi piani operativi.

6.2.1 OBIETTIVI DEL SISTEMA

Obiettivo principale è disporre di un sistema di sorveglianza sugli infortuni domestici, cioè sugli eventi accaduti in ambito domestico che comportino il ricorso a cure mediche, con la possibilità di eseguire dei controlli di follow-up dei soggetti che riportano lesioni di media o elevata gravità e di quantificare e qualificare il carico e la tipologia delle disabilità derivanti.

Inoltre, al fine di indagare le modalità di accadimento dell'infortunio e i principali fattori di rischio, e per meglio orientare le attività preventive, si prevede il ricorso a indagini campionarie specifiche.

Facendo riferimento al documento "Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007: linee operative per la pianificazione regionale", si individuano nel dettaglio 4 obiettivi principali del sistema di sorveglianza su cui articolare il piano operativo:

S. 1 - Progettazione, sviluppo e consolidamento del sistema di sorveglianza sugli infortuni domestici e sui loro esiti, basato sulle informazioni sanitarie correnti di Pronto soccorso, Ricovero ospedaliero e Mortalità, integrate in un sistema di data warehouse

S.2 - Indagine campionaria per lo studio delle modalità di accadimento degli infortuni e dei fattori di rischio associati, con particolare riferimento alle fasce di popolazione anziana e ai bambini, da sviluppare nell'ambito del progetto PASSI

S.3 – Indagine campionaria per la valutazione delle condizioni di rischio presenti nelle abitazioni dei lavoratori immigrati in Italia da meno di un anno, al fine di individuare situazioni determinate dalla particolare precarietà di questa fascia debole di persone

S.4 – Indagine campionaria per la conoscenza delle caratteristiche del lavoro domestico e dei rischi connessi

S.5 – Attivazione di un sistema di sorveglianza degli eventi di violenza domestica

6.2.2 PIANO OPERATIVO

S. 1 - Progettazione, sviluppo e consolidamento del sistema di sorveglianza sugli infortuni domestici e sui loro esiti, basato sulle informazioni sanitarie correnti di Pronto soccorso, Ricovero ospedaliero e Mortalità, integrate in un sistema di data warehouse

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Infortuni che comportano il ricorso a cure mediche, occorrenti in ambito domestico, definito come l'insieme degli immobili di civile abitazione; (anche ville, villini, ed immobili che non rientrano nella dizione civile abitazione in quanto categorie catastali diverse) e delle relative pertinenze nonché delle eventuali parti comuni condominiali
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, DCSPS
Fonti e flussi informativi	Sistema PSNet, facente parte del SISR - Sistema Informativo Sanitario Regionale, integrato nel sistema dell'emergenza 118 e elisoccorso, SDO e certificati di morte. PLS e MMG (per gli infortuni lievi e il follow-up degli esiti di quelli medio-gravi). Progetto Telesoccorso, telecontrollo.
Metodo e azioni	Condivisione della definizione di evento da registrare tra le varie parti del sistema coinvolte. Revisione ed integrazione delle informazioni da registrare, raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione delle diverse fonti ad opera del service regionale per l'informatica IN.SI.E.L. e trasmissione all'ARS per le elaborazioni statistiche e agli altri soggetti istituzionali interessati alla lettura trasversale del fenomeno. Attivazione sperimentale di un sistema di sorveglianza PLS e MMG al fine di valutarne la fattibilità. Utilizzo dati sistema di sorveglianza Progetto Telesoccorso, telecontrollo.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Pronto soccorso ospedalieri, Direzione sanitaria ospedali, Dipartimenti di prevenzione, Distretti, MMG e PLS, IN.SI.E.L. Soggetti extra SSR
Piano di formazione	Formazione operatori PS e degli altri attori coinvolti nella sperimentazione al fine di migliorare la qualità e la completezza dei dati raccolti
Indicatori di processo ----- risultato	Disponibilità dei dati PS, SDO e mortalità e loro integrazione ----- Produzione rapporto annuale basato sulle fonti PS, SDO e mortalità
Cronogramma	Dicembre 2006: test e adeguamento sistema informativo Dicembre 2007: produzione primo rapporto

S.2 - Indagine campionaria per lo studio delle modalità di accadimento degli infortuni e dei fattori di rischio associati, con particolare riferimento alle fasce di popolazione anziana e ai bambini, da sviluppare nell'ambito del progetto PASSI

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Infortuni che comportano il ricorso a cure mediche, occorrenti in ambito domestico, definito come l'insieme degli immobili di civile abitazione e delle relative pertinenze nonché delle eventuali parti comuni condominiali
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS
Fonti e flussi informativi	Sistema PSNet, facente parte del SISR- Sistema Informativo Sanitario Regionale, integrato nel sistema dell'emergenza 118 e elisoccorso, SDO e certificati di morte
Metodo e azioni	Indagine campionaria mediante interviste e sopralluoghi nelle abitazioni sulla base degli elenchi dei soggetti infortunati prodotti dal sistema di sorveglianza di cui all'obiettivo S.1
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Pronto soccorso ospedalieri, Direzione sanitaria ospedali, Dipartimenti di prevenzione, IN.SI.E.L., ARS, DCSPS Soggetti extra SSR coinvolti: servizi domiciliari dei comuni, MMG, PLS, Ordine dei Medici e Collegio degli infermieri, Associazioni (casalinghe, pensionati, ecc.), organi di stampa per la corretta informazione sull'iniziativa.
Piano di formazione	Formazione operatori per la conduzione di interviste e sopralluoghi
Indicatori di processo	Disponibilità di questionario standardizzato e validato e di check list per il controllo dei rischi abitativi;
----- risultato	----- Produzione rapporto annuale
Cronogramma	Dicembre 2007: questionario e check list Dicembre 2008: produzione primo rapporto

S.3 – Indagine campionaria per la valutazione delle condizioni di rischio presenti nelle abitazioni dei lavoratori immigrati in Italia da meno di un anno

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Rilevazione delle conoscenze e dei rischi presenti nelle abitazioni dei lavoratori immigrati in Italia da meno di un anno
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	DCSPS
Fonti e flussi informativi	Elenchi anagrafe comunale, questura, associazioni immigrati e imprese
Metodo e azioni	Interviste e sopralluoghi nelle abitazioni a campione
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Dipartimenti di prevenzione, ARS, DCSPS Soggetti extra SSR coinvolti: Associazione piccole e medie imprese, Comuni, Questura, Associazioni immigrati, Mediatori culturali, Medici di medicina generale convenzionati, Ordine dei Medici e Collegio degli infermieri, organi di stampa per la corretta informazione sull'iniziativa.
Piano di formazione	Formazione operatori per la conduzione di interviste e sopralluoghi
Indicatori di processo	Disponibilità di questionario standardizzato e validato e di check list per il controllo dei rischi abitativi;
----- risultato	----- Produzione rapporto annuale
Cronogramma	Dicembre 2007: questionario e check list Dicembre 2008: produzione primo rapporto

S.4 – Indagine campionaria per la conoscenza del lavoro domestico e dei rischi connessi

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Rilevazione delle conoscenze e dei rischi collegati al lavoro domestico
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, DCSPS
Fonti e flussi informativi	Elenchi anagrafe comunale e sanitaria
Metodo e azioni	Interviste e sopralluoghi nelle abitazioni a campione
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Dipartimenti di prevenzione, Distretti Soggetti extra SSR coinvolti: Comuni, associazioni casalinghe
Piano di formazione	Formazione operatori per la conduzione di interviste e sopralluoghi
Indicatori di processo risultato	Disponibilità di questionario standardizzato e validato (mirato alla rilevazione delle conoscenze); ----- Produzione rapporto annuale
Cronogramma	Dicembre 2007: questionario e check list Dicembre 2008: produzione primo rapporto

S. 5 – Attivazione di un sistema di sorveglianza degli eventi di violenza domestica

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Ricoveri-ricorso alla Magistratura a seguito di lesioni conseguenti a casi di "violenza domestica", intesa non con un'accezione esclusivamente spaziale (che comprende unicamente quanto accade all'interno delle pareti delle mura domestiche), ma nel quadro di una valenza più articolata, intendendo per "domestico" quell'insieme di legami che costituiscono l'esistenza di un nucleo affettivo che porta a coabitazione-convivenza, anche se non costanti
Ambito territoriale	Da definire, come indagine campione, in territori-aree limitate, sulla base di accordi di collaborazione con la Magistratura competente e le Forze dell'Ordine
Coordinamento	ARS, DCSPS
Fonti e flussi informativi	casi riferibili a "violenza domestica" giunti all'osservazione dei sanitari dei Servizi di Pronto Soccorso e/o segnalati per lo più dalle Forze dell'Ordine; denunce pervenute all'Autorità Giudiziaria.
Metodo e azioni	Raccolta delle informazioni riportate nelle segnalazioni-cartelle cliniche sulla base di contenuti minimi comuni alle diverse fonti.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie, Dipartimenti di prevenzione Soggetti extra SSR coinvolti: Magistratura, Forze dell'Ordine
Piano di formazione	Formazione operatori che dovranno raccogliere i dati disponibili
Indicatori di processo	Revisione critica delle diverse fonti informative, integrazione eventuale delle stesse (modifica mutabili dei sistemi di registrazione ai Pronto Soccorso, ecc.), definizione delle informazioni essenziali quale denominatore comune tra le diverse fonti. Elaborazione dei dati raccolti. -----
risultato	Produzione rapporto a fine periodo e rapporti di avanzamento annuali.
Cronogramma	Dicembre 2006: accordi con la Magistratura e le forze dell'Ordine, revisione delle informazioni disponibili e definizione del comune denominatore informativo, con revisione-integrazione dei criteri adottati. Formazione dei rilevatori. Gennaio 2007: inizio della raccolta delle informazioni Dicembre 2007: produzione primo rapporto Dicembre 2008: produzione rapporto fine periodo

6.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

Il fenomeno degli incidenti domestici, che appare diffuso nel territorio regionale e caratterizzato da una multifattorialità dei determinanti, presenta alcune caratteristiche specifiche, pur nella variabilità locale (sintesi dei dati disponibili nel paragrafo 1.1), delle quali è necessario tener conto per orientare i programmi di prevenzione. In particolare si fa riferimento alla prevalenza del fenomeno nella popolazione anziana, sia in termini di frequenza che di gravità degli esiti. Appare anche non trascurabile l'impatto del fenomeno sulla fascia di popolazione in età infantile, soprattutto per le conseguenze a lungo termine degli infortuni più gravi.

I diversi ambiti su cui è possibile intervenire mediante efficaci programmi di prevenzione e la molteplicità dei soggetti istituzionali e non coinvolti, determina necessariamente il ricorso ad un approccio multisettoriale, che veda di volta in volta interessati i servizi sanitari, i Comuni, gli enti di ricerca (ISPESL, ISS, Università) e assicurativi (INAIL), le associazioni e gli ordini professionali, le Società di distribuzione di energia, acqua e gas e altri soggetti.

Sono necessarie quindi iniziative di coordinamento interistituzionale. La strategia descritta nel presente programma prevede pertanto la costituzione di una regia regionale, al fine di rendere omogenei gli interventi sul territorio della regione, sulla base di programmi di prevenzione che abbiano carattere vincolante, (progettati secondo criteri di EBP e che tengono conto delle esperienze condotte anche a livello nazionale, dall'ISPESL in particolare) e favoriscano allo stesso tempo la condivisione delle conoscenze che si formano anche con le eventuali iniziative locali.

6.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

Obiettivo generale del programma è la realizzazione di politiche e interventi preventivi che portino alla riduzione della mortalità e della disabilità conseguente a infortunio domestico e alla riduzione del numero degli eventi.

Facendo riferimento al documento "Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007: linee operative per la pianificazione regionale", si individuano tre obiettivi principali del programma di prevenzione su cui articolare il piano operativo:

P. 1 Rilevazione dei rischi connessi agli aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni mediante sopralluoghi in campioni rappresentativi delle stesse. A tali interventi deve essere associata un'attività di informazione e di proposizione di interventi mirati alla messa in sicurezza;

P.2 Realizzazione di interventi informativi e formativi rivolti alla popolazione (realizzabili anche con l'ISPESL, in loco e a distanza: E-learning);

P.3 Semplificazione del percorso relativo ai pareri del Dipartimento di Prevenzione sull'edilizia civile abitativa che orienti tale attività alla promozione della sicurezza domestica.

6.3.2 PIANO OPERATIVO

P. 1 - Rilevazione dei rischi connessi agli aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni mediante sopralluoghi in campioni rappresentativi delle stesse. A tali interventi deve essere associata un'attività di informazione e di proposizione di interventi mirati alla messa in sicurezza

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Rilevazione del rischio abitativo in occasione di visite domiciliari effettuate nel corso della consueta attività dei servizi di assistenza sanitaria e sociale. Interventi di informazione, educativi e di miglioramento per quanto riguarda i rischi per i quali è possibile un intervento immediato.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, DCSPS
Fonti e flussi informativi	Elenchi degli utenti dei servizi domiciliari sanitari e sociali
Metodo e azioni	Interventi nel corso di visite domiciliari già programmate. Rilevazione mirata dei rischi, soluzione immediata nel caso di interventi semplici, educazione mediante utilizzo di un pacchetto informativo specifico, consegna di una scheda (tipo check list) delle situazioni di rischio rilevate e delle proposte di conseguenti azioni di prevenzione. Protocollo quadro regionale nell'ambito del Progetto di teleassistenza, telecontrollo e telesoccorso da estendere alle singole aziende sanitarie, per la segnalazione tempestiva al distretto delle cadute in ambito domestico
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Dipartimenti di prevenzione, Distretti, MMG, PLS, Progetto telesoccorso e teleassistenza Soggetti extra SSR coinvolti: Direzione centrale ambiente e lavori pubblici, ISPESL, Comuni, Associazioni e Ordini professionali, Società di distribuzione energia, acqua e gas
Piano di formazione	Formazione operatori servizi domiciliari sanitari e sociali per le attività di rilevazione e rimozione dei rischi e per gli interventi educativi.
Indicatori di processo	Formazione operatori; Predisposizione di questionari e check list per il controllo dei rischi collegati al lavoro domestico; Predisposizione del pacchetto informativo e dei criteri corretti per l'adozione dei necessari interventi preventivi
----- risultato	----- Numero di interventi effettuati (abitazioni valutate)
Cronogramma	Dicembre 2007: formazione e check list Dicembre 2008: produzione primo rapporto attività

P.2 - Realizzazione di interventi informativi e formativi rivolti alla popolazione (realizzabili anche con l'ISPEL, in loco e a distanza: E-learning);

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Attività di informazione e educazione finalizzate alla prevenzione dei rischi in ambito abitativo, rivolto alla popolazione con particolare riferimento alle fasce di età anziane, ai bambini e alle casalinghe
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, DCSPS
Fonti e flussi informativi	-
Metodo e azioni	<p>Predisposizione di materiale informativo mirato per i diversi gruppi di popolazione (sui temi del rischio del lavoro domestico, dell'hobbistica, della fragilità dei bambini, degli anziani e dei soggetti con patologie che ne riducano la capacità di valutare correttamente i rischi, o di essere esposti a rischio in ambiente domestico proprio a causa di tali patologie). Attivazione di corsi in collaborazione con Enti (comuni, province, scuole, ISPEL), associazioni (università della terza età, casalinghe).</p> <p>Predisposizione di pacchetti di Formazione a Distanza (FAD ed E-learning), in collaborazione con l'ISPEL.</p> <p>Messa a disposizione del materiale prodotto sui portali Internet regionali e dell'Osservatorio Nazionale Epidemiologico sulle condizioni di salute e sicurezza negli ambienti di vita dell'ISPEL, al fine di permettere la condivisione della documentazione disponibile su tutto il territorio nazionale).</p>
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR coinvolti: Dipartimenti di prevenzione, PES, Ser.T.</p> <p>Soggetti extra SSR coinvolti: Comuni, Province, Scuole, Associazioni, ISPEL.</p> <p>Previsione di un collegamento con le realtà territoriali e istituzionali per testare la validità degli interventi, che devono essere comuni e confrontabili.</p>
Piano di formazione	<p>Predisposizione del materiale didattico/informativo (in collaborazione con l'ISPEL, che mette a disposizione il portale dell'Osservatorio Nazionale Epidemiologico sulle condizioni di salute e sicurezza negli ambienti di vita).</p> <p>Formazione dei formatori</p>
Indicatori di processo ----- risultato	<p>Formazione operatori; predisposizione del materiale didattico ----- Numero di interventi effettuati (n° incontri/corsi)</p>
Cronogramma	<p>Dicembre 2007: formazione Dicembre 2008: produzione primo rapporto attività</p>

P.3 Semplificazione del percorso relativo ai pareri del Dipartimento di Prevenzione sull'edilizia civile abitativa che orienti tali attività alla promozione della sicurezza domestica

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Pareri del Dipartimento di Prevenzione relativi all'edilizia civile abitativa: semplificazione e orientamento alla promozione della sicurezza
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, DCSPS,
Fonti e flussi informativi	Dipartimento prevenzione
Metodo e azioni	Attivazione di un tavolo di lavoro regionale, intersettoriale, per la semplificazione e deburocratizzazione delle procedure relative al rilascio dei pareri sull'edilizia civile abitativa. Formazione e orientamento del personale addetto a questa attività verso modelli orientati alla promozione della sicurezza abitativa.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Dipartimenti di prevenzione Soggetti extra SSR coinvolti: Direzione centrale ambiente e lavori pubblici, Comuni, Province, Associazioni e ordini professionali
Piano di formazione	Formazione operatori DP
Indicatori di processo ----- risultato	Attivazione tavolo di lavoro; Produzione di linee guida; Semplificazione procedure; Connotazione dei pareri verso la promozione della sicurezza abitativa
Cronogramma	Dicembre 2007: produzione linee guida Dicembre 2008: semplificazione procedure