

| | |
|------------|--------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|------------|--------------------|

| | |
|--|--|
| 2) Titolo del progetto o del programma | CCM 2009 - Attivazione di un progetto di prevenzione cardiovascolare primaria sul modello dei programmi di screening oncologico ("IV screening") |
|--|--|

| | |
|---|---------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 1.1 – 3.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 1.1.1 – 3.2.1 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Il progetto si propone di attivare un programma di screening cardiovascolare su chiamata attiva eseguita dal Centro Screening dell'Az. ULSS a tutti i cittadini tra i 45 e 59 anni.

Il programma di screening prevede in sintesi: una prevalutazione da parte del MMG per la pulizia delle liste secondo criteri di esclusione; chiamata attiva dei soggetti da parte del Centro Screening dell'Az. ULSS; fase di screening effettuata da una Assistente Sanitaria presso ambulatori di MMG che operano in forme associative; classificazione del soggetto in un gruppo di rischio; proposta di percorsi specifici per gruppo di rischio (follow-up).

| | |
|----------------|--|
| 6) Beneficiari | Cittadini tra i 45 e 59 anni assistiti da MMG associati. Il progetto sarà sviluppato in 7 ULSS, coinvolgendo complessivamente 12 UTAP, per una popolazione complessiva di circa 30.000 soggetti. |
|----------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

obiettivo di salute: Ridurre la mortalità e la morbosità per eventi cardiovascolari con minimi effetti avversi.

obiettivi specifici:

- misurare il livello del rischio cardiovascolare nella popolazione target;
- aumentare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione;
- attivare modalità di assistenza integrata fra diversi livelli assistenziali per il contrasto dei fattori di rischio modificabili (alimentazione, fumo, attività fisica) nei soggetti sani e nei post-infartuati;
- incrementare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso la Medicina di gruppo e altre forme associative dei medici di medicina generale ed il rapporto costi/benefici dell'approccio terapeutico;
- valutare e monitorare l'intero processo

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|-------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| definiti da accordo ministeriale specifico | | n.a. | | n.a. | | n.a. | |

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Profilo epidemiologico e prevenzione delle malattie cardiovascolari negli ambienti di lavoro (Work Health Promotion) |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 1.1 e 3.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 1.1.2 e 3.2.2 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Descrizione ed analisi del problema

Negli Stati Uniti e nella maggior parte dei paesi dell'Europa occidentale le malattie cardiovascolari risultano la principale causa di morte. In Italia il 44% di tutte le morti è dovuto a malattie cardiovascolari. Secondo lo studio MONICA, nell'anno 2000, la prevalenza degli eventi coronarici maggiori in Italia è risultata pari a 148 e 36.9 eventi per 10 000 abitanti, rispettivamente negli uomini e nelle donne di fascia di età compresa tra 25 e 84 anni. Nel Veneto, le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nei soggetti di età > 65 anni, la seconda negli adulti tra 25 e 64 anni e la prima causa di ricovero (13.7% dei ricoveri ospedalieri per acuti nel 2000) [1]. In un recente studio condotto in provincia di Verona 3144 soggetti (età 35-74 anni), estratti con metodi random dall'archivio dei pazienti di 170 medici di medicina generale, sono stati esaminati raccogliendo con un software dedicato dati demografici, informazioni cliniche, test di laboratorio e trattamenti farmacologici. La prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolari in questa popolazione era: abitudine al fumo 23%, obesità 13%, ipertensione 39%, ipercolesterolemia 26%, iperglicemia e diabete 6%. Il 35% dei soggetti presentava un basso di rischio (< 5%), il 31% un rischio intermedio (5-9%), il 25% un rischio moderato (10-19%), e il 9% un alto rischio ($\geq 20\%$) di sviluppare malattie cardiovascolari nell'arco di 10 anni. In questo studio, gli operai e gli agricoltori erano solo il 16.5% e 2.3%, rispettivamente, del totale [1].

L'abitudine al fumo, una dieta poco sana e/o una scarsa attività fisica sono le cause maggiori di malattie cardiovascolari. Le conseguenze di uno stile di vita malsano sono ben conosciute: sovrappeso, rapporto sfavorevole colesterolo totale/colesterolo HDL, ed elevata pressione arteriosa.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

Il miglioramento dello stile di vita può migliorare il rischio di malattie cardiovascolari. La cessazione dell'abitudine al fumo comporta una rapida riduzione del rischio, come anche il cambiamento della dieta: (a) una ridotta assunzione di grassi saturi fa abbassare il livello di LDL e del colesterolo totale; (b) una dieta con poco sale ha un effetto benefico sulla pressione arteriosa; (c) frutta e verdura sono ricche di micronutrienti e fibre e perciò proteggono dalle malattie cardiovascolari; (d) inoltre, l'obesità, che è uno dei principali fattori di rischio, potrebbe essere prevenuta riducendo l'apporto calorico. Inoltre, c'è evidenza sufficiente che una regolare attività fisica non solo previene l'aumento di peso corporeo, ma anche migliora la funzione cardiorespiratoria [2].

Negli ambienti di lavoro converge una frazione rilevante della popolazione. La presenza in ogni azienda di leader informali e di figure professionali (medici competenti, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, responsabile aziendale della sicurezza, addetti al servizio di prevenzione e protezione o alla gestione dell'emergenza e delle misure di pronto soccorso) incaricate per legge di garantire la salute e la sicurezza del lavoro rende i gruppi dei lavoratori facilmente permeabili alla comunicazione ed all'educazione.

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

Fattibilità

In letteratura vi sono molti trial randomizzati e controllati (RCT, acronimo inglese) su programmi di promozione alla salute nei luoghi di lavoro. Il quadro complessivo è che gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro riescono ad aumentare l'attività fisica e migliorare le abitudini alimentari. I fattori di successo di questi programmi erano: (a) interventi rivolti a soggetti con una positiva attitudine al cambiamento; (b) programmi che integravano più componenti (nutrizione, fumo, attività fisica) in un approccio combinato; e (c) programmi che collegavano la promozione della salute ad un miglioramento delle condizioni ambientali [3].

Criticità

C'è, invece, una limitata evidenza sull'efficienza di questi programmi (per esempio, l'impatto economico sulle aziende). In un solo studio, l'efficacia dell'intervento (benefici monetari derivanti da riduzione di assenze dal lavoro per malattia) è stata confrontata con i costi (counseling per aumentare l'esercizio fisico). Questo studio non evidenziava benefici economici nel breve periodo, anche se l'intervento aveva avuto un effetto positivo sulla funzione cardiorespiratoria [4]. In un RCT di 48.835 donne in postmenopausa di età 50-79 anni, un intervento dietetico aveva ridotto il consumo di grassi e aumentato quello di vegetali e frutta, ma non aveva abbassato il rischio di malattie cardiovascolari in un periodo di osservazione di 8.1 anni [5]. Pertanto, un effetto statisticamente significativo sui fattori di rischio non rappresenta necessariamente un effetto clinicamente rilevante. E' necessario ottenere modifiche più importanti dei fattori di rischio.

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è basata sulla modifica del comportamento che è basata sul counseling. Pertanto saranno confrontati due modelli di counseling:

capacità di counseling richiesta a ogni operatore impegnato in attività sanitarie e sociali. I medici competenti stimeranno il rischio cardiologico in una popolazione di lavoratori (misura "before"), forniranno loro un counseling una tantum e riesamineranno gli stessi lavoratori dopo 12 mesi (misura "after"). L'efficacia sarà stimata dalla differenza before-after;

counseling come pratica terapeutica (competenza psicologica) in un gruppo selezionato. Lo studio sarà organizzato come RCT, con un braccio di intervento (6 mesi di trattamento) e uno di controllo, in cui tutti i soggetti saranno esaminati all'inizio e dopo 6 e 12 mesi.

Sarà condotta un'analisi economica per valutare costi e benefici di entrambi i modelli di counselling.

| | |
|---------------------------|--|
| OBIETTIVO GENERALE | Studiare la distribuzione delle malattie cardiovascolari e dei fattori di rischio correlati in un campione di 10.000 lavoratori del Veneto e sperimentare l'efficacia di due diversi approcci educativi di promozione della salute negli ambienti di lavoro. |
| Indicatore/i di risultato | - N° lavoratori coinvolti - Efficacia sperimentata di due diversi interventi di promozione della salute |
| Standard di risultato | - 100 % dei lavoratori coinvolti analizzati - Modello metodologico definito di prevenzione della salute |
| OBIETTIVO SPECIFICO 1 | Descrivere la prevalenza della patologia cronica cardiovascolare e dei fattori di rischio associati in una popolazione di lavoratori del Veneto. |

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>Successivamente all'approvazione del Comitato Etico del protocollo di ricerca (attività 1), verranno selezionati i medici competenti che a loro volta sceglieranno le aziende di diversi comparti produttivi dei territori delle provincie di Padova, Venezia e Verona (attività 2). I Medici Competenti raccoglieranno l'anamnesi patologica prossima e remota in relazione alla presenza di malattie cardiovascolari e dati relativi ai fattori di rischio (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, obesità, fumo di sigaretta, familiarità). Verranno misurati nel sangue i valori di colesterolo totale e glicemia a digiuno. I soggetti saranno intervistati anche riguardo all'atteggiamento verso il cambiamento del loro stile di vita. Utilizzando la carta del rischio cardiovascolare dell'Istituto Superiore di Sanità, i Medici Competenti stimeranno la probabilità dei singoli lavoratori di andare incontro a malattie cardiovascolari ed invieranno i soggetti con valori elevati di colesterolemia, glicemia e pressione arteriosa al medico di medicina generale per ulteriori controlli, acquisendo la diagnosi finale (attività 3).</p> |
| Indicatore/i di risultato | Prevalenza delle malattie cardiovascolari e dei fattori di rischio correlati nei lavoratori del Veneto e Numero di diagnosi di malattie cardiovascolari e/o diabete misconosciute |
| Standard di risultato | - 100 % dei lavoratori coinvolti analizzati |
| | |
| OBIETTIVO SPECIFICO 2 | Stimare l'efficacia di due diversi interventi educativi in una vasta popolazione di lavoratori sani a differente rischio di malattie cardiovascolari. |
| | <p>In base alla presenza di uno o più fattori di rischio i medici competenti forniranno ai lavoratori esaminati un counseling individualizzato per la prevenzione delle malattie cardiovascolari. I soggetti osservati saranno riesaminati a 12 mesi di distanza dagli stessi Medici Competenti raccogliendo le stesse informazioni (attività 4).</p> <p>In base ai risultati dell'attività 3, sarà inoltre definita una popolazione di lavoratori con età >40 anni, sani ma con elevato rischio per malattie cardiovascolari, motivati al cambiamento. Da questa popolazione mediante un campionamento casuale stratificato sarà estratto un campione rappresentativo che sarà suddiviso nei due gruppi di intervento e di controllo (attività 5). Il gruppo di intervento riceverà un counseling della durata di 6 mesi: l'intervento educativo mira ad aumentare l'attività fisica, migliorare il comportamento nutrizionale, cessare l'abitudine al fumo, e sarà condotto da un professionista secondo la tecnica della "intervista motivazionale". Le misure saranno condotte all'inizio dello studio, e dopo 6 e 12 mesi. Le variabili di outcome primarie riguarderanno l'attività fisica giornaliera, la dieta, e l'abitudine al fumo. Le variabili di outcome secondarie saranno l'indice di massa corporea, la pressione sanguigna sistolica e diastolica, il colesterolo totale e il colesterolo HDL, HbA1c e la funzione cardiorespiratoria. Saranno rilevati inoltre le assenze dal lavoro per malattia per l'analisi costo-efficacia. Sarà fatta un'analisi multilevel per confrontare tutte le misure di outcome tra il gruppo di intervento e il gruppo di controllo (attività 6).</p> <p>I due modelli di counseling saranno confrontati in termini di efficacia e sarà inoltre condotta un'analisi economica per valutare costi e benefici di entrambi i modelli (attività 7).</p> <p>Saranno redatti report tecnico-finanziari ogni 6 mesi (attività 8).</p> |

| | |
|---------------------------|---|
| Indicatore/i di risultato | <ul style="list-style-type: none"> - N° di soggetti nei quali è stato fatto l'intervento di educazione individualizzato una tantum N° di soggetti riesaminati dopo l'intervento - N° di soggetti nei quali è stato fatto l'intervento di counseling come pratica terapeutica - N° di soggetti riesaminati dopo l'intervento - Relazione con i risultati della valutazione d'efficacia e dell'analisi costi-benefici |
| Standard di risultato | <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione della prevalenza dei fattori di rischio dopo l'intervento, rispetto a prima, statisticamente significativa nella totalità del campione - Maggiore riduzione della prevalenza dei fattori di rischio dopo l'intervento, staticamente significativa nel gruppo trattato rispetto al gruppo di controllo - Differenza prima-dopo nel totale dei lavoratori: Peso -0.5 Kg; ; consumo di frutta incremento di 0.2 volte/settimana; consumo di vegetali incremento di 0.5 volta/settimana; frittture: riduzione di 0.1 piatti/settimana. - Differenze tra gruppo di intervento e di controllo: almeno il doppio di quanto sopra. |

CRONOGRAMMA

| | Mese | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | |
|-----------------------|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| Obiettivo specifico 1 | Attività 1 | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Attività 2 | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Attività 3 | | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obiettivo specifico 2 | Attività 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | |
| | Attività 5 | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Attività 6 | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | |
| | Attività 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | |
| | Attività 8 | | | | | | X | | | | | | X | | | | | | X | | | | | | | X |

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Lavoratori di diversi comparti del Veneto |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:**Obiettivo generale**

Studiare la distribuzione delle malattie cardiovascolari e dei fattori di rischio correlati in un campione di 10.000 lavoratori del Veneto e sperimentare l'efficacia e l'efficienza di diversi approcci educativo di promozione della salute.

Obiettivi specifici

1- Descrivere la prevalenza della patologia cronica cardiovascolare e dei fattori di rischio associati in una popolazione di lavoratori del Veneto.

2- Stimare l'efficacia di due diversi interventi educativi in una vasta popolazione di lavoratori sani a differente rischio di malattie cardiovascolari.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|-------------------|--|-----------|--|-----------|---|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| N° lavoratori coinvolti | | | | 100 % dei lavoratori coinvolti analizzati | | | |
| Efficacia sperimentata di due diversi interventi di promozione della salute | | | | | | Modello metodologico definito di prevenzione della salute | |

| | |
|---|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto “Non solo cura ma cultura – formazione degli operatori sanitari sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati” |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.1 2.9 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all’interno del Piano operativo regionale | 2.1.1 - 2.9.9 |

5) Breve descrizione dell’intervento programmato

DESCRIZIONE ED ANALISI DEL PROBLEMA

L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha previsto che nell’anno 2020 “la strada” raggiungerà il terzo posto come causa di disabilità subito dopo la cardiopatia ischemica e la depressione maggiore. In Italia i morti sulla strada sono ancora più di cinquemila all’anno e rappresentano la prima causa di morte per le persone con età inferiore ai 40 anni. La Polizia Stradale indica l’alcol-stupefacenti come una delle tre cause principali di incidente stradale, assieme alla velocità e al sonno/stanchezza. L’INAIL per l’anno 2007 evidenzia che i morti su strada, in occasione di lavoro e in itinere, sono il 52% di tutti gli infortuni mortali sul lavoro. Inoltre l’alcol è al terzo posto tra i più importanti fattori di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l’ipertensione.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI ha messo in luce i problemi legati all’assunzione pericolosa di bevande alcoliche, soprattutto per i giovani e nel Veneto si stima che circa un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni abbia abitudini a rischio. Tra le raccomandazioni di PASSI, in linea con le raccomandazioni della Commissione Europea per la prevenzione alcolologica, si trova l’utilità di una maggior informazione da parte degli operatori sanitari sui rischi alcolcorrelati.

IL RAZIONALE DEL PROGETTO

Il consumo pericoloso di bevande alcoliche è legato ad una complessità di aspetti che possiamo riferire alle caratteristiche del mondo dei giovani, alle tradizioni degli adulti, al cambiamento delle abitudini di consumo dal modello mediterraneo e nordico a quello misto, alla importanza dell’agricoltura e dell’industria di settore nell’economia nazionale e regionale, alle mode e ai messaggi pubblicitari, all’allarme sociale per i problemi di sicurezza stradale e di violenze in famiglia, nei locali e nelle manifestazioni pubbliche. Il quadro delle soluzioni efficaci è altrettanto complesso.

Certamente efficace è l’intervento legislativo come la legge quadro 125/2001 che regola alcuni aspetti della vendita, della pubblicità, della sicurezza sul lavoro, le norme che istituiscono i Servizi di alcolologia nell’ambito dei Servizi per le tossicodipendenze, gli adeguamenti legislativi che progressivamente inaspriscono le sanzioni del codice della strada per i reati commessi in stato di ebbrezza. La Regione del Veneto con DRG 473/2006 “Non solo cura ma cultura” definisce la politica regionale in materia, assegnando, tra l’altro, ai Servizi sociosanitari l’obiettivo di realizzare la rete alcolologica in tutte le ULSS. Un riconoscimento di efficacia è dato anche agli interventi di counselling breve (brief intervention) da parte di operatori sanitari, così come agli interventi integrati di promozione della salute.

La proposta del presente progetto di sensibilizzare il personale sanitario sui problemi alcolcorrelati, si basa sulla riconosciuta efficacia in prevenzione del counselling, ha come garanzia di valutazione il Sistema di Sorveglianza PASSI già attivo dal 2007 e presenta il vantaggio della semplicità dell’intervento.

Il Rapporto regionale PASSI del Veneto evidenzia la percentuale di intervistati che riferiscono una attenzione degli operatori sanitari sul consumo alcolico e di bevitori a rischio ha ricevuto il consiglio di ridurre il consumo:

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|-------|-------|-------|
| Persone cui un medico o un operatore sanitario ha richiesto se bevono* | 21,4% | 21,3% | 18,3% |
| Bevitori a rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno** | 8,0% | 7,7% | 6,1% |

* tra coloro che dichiarano di essere stati da un medico o altro operatore sanitario negli ultimi 12 mesi

** per “bevitori a rischio” si considera il consumo di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e di 2 unità alcoliche per le donne

Malgrado il dato del Veneto sia migliore di quello nazionale, è ancora troppo poco confortante per un problema di sanità pubblica grave come quello dei danni da abuso alcolico. Tale problematicità è rafforzata da un trend in diminuzione delle persone e dei forti bevitori coinvolti dagli operatori.

Una nuova cultura in Veneto, tra le regioni a maggior consumo in Italia, sul tema del bere, non può essere né facile né immediata ma deve essere perseguita con perseveranza e attenzione. Il progetto si integra con un programma regionale 2007-2009 che ha coinvolto i Dipartimenti di Prevenzione e delle Dipendenze delle Aziende ULSS venete, rivolto ai Comuni e alla distribuzione.

Il personale sanitario deve essere attore del cambiamento culturale nella popolazione ed ora è quindi necessario attivare un programma di formazione specifico per una campagna di Educazione Continua in Medicina di tutti gli operatori della salute sulla prevenzione dei danni da abuso alcolico, che dovrà poi proseguire autonomamente con l’inserimento di questa argomento nei Piani Formativi Aziendali.

FATTIBILITÀ /CRITICITÀ DELLE SOLUZIONI PROPOSTE

Anche se la formazione del personale delle Aziende ULSS e Ospedaliere è gestita dagli Uffici Formazione e Aggiornamento, che definiscono appositi Piani formativi aziendali annuali in funzione dei bisogni formativi e secondo il Programma di Educazione Continua in Medicina, può tuttavia essere vantaggioso fornire loro Corsi già accreditati da un unico provider.

I Corsi ovviamente saranno già predisposti in funzione del target, i contenuti già definiti, il modello formativo, le docenze e gli strumenti saranno proposti come moduli formativi che devono solo essere inseriti nelle proposte formative agli operatori sanitari di ciascuna azienda sanitaria.

Il Sistema di rilevazione PASSI nei prossimi anni potrà rilevare una variazione dell’attenzione degli operatori sanitari sul consumo di alcolici nella cittadinanza, con un’inversione del trend negativo a tutt’oggi segnalato.

Gli aspetti critici del progetto sono legati all’impegno formativo necessario per ottenere risultati apprezzabili. La “relazione Socio-Sanitaria della Regione del Veneto, Anno 2006 (dati 2004-2005)” ultima disponibile sul sito ufficiale della Regione, indica in circa 60.000 gli operatori in servizio nelle Aziende ULSS e Ospedaliere. La distribuzione può essere succintamente descritta in circa 40.000 operatori nel ruolo sanitario e 20.000 nei ruoli tecnico/amministrativo. Per entrare in parte nel dettaglio, troviamo circa 13% di medici, 43% infermieri, strutturati per il 76% in ospedale, 15% nei distretti, 9% nei servizi di supporto.

La proposta di questo progetto, con la formazione a cascata nel triennio di circa 5.400 operatori sanitari (circa 1/7 del totale), ha la finalità di attivare un processo culturale tra gli operatori sanitari sul grave problema di sanità pubblica conseguente all’abuso di bevande alcoliche.

Le singole Aziende ULSS e ospedaliere potranno continuare a proporre i moduli formativi sulla prevenzione dei danni da abuso alcolico anche al termine del programma triennale.

Bibliografia

- ❖ ACI-ISTAT (2008). *Incidenti stradali-anno 2007*, Roma
- ❖ Commissione Europea (2007). *Libro Bianco:Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell’UE per il periodo 2008-2013*, COM (2007) 630 def.
- ❖ Giunta della Regione del Veneto (2006). *Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 473 del 28-02-2006: Alcolologia nel Veneto “Non solo cura ma cultura”. Indirizzi per il lavoro in rete e Allegato*

A, , Regione del Veneto.

- ❖ Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (2008). *INAIL - Rapporto annuale regionale 2007*, Roma.
- ❖ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2009). *Audizione "Sicurezza Stradale" 20 Gennaio 2009-Relazione del Ministro*, Roma.
- ❖ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali (2008). *Libro Verde sul futuro del modello sociale - la vita buona nella società attiva*, Roma.
- ❖ Organizzazione Mondiale della Sanità (2008). *Piano d'Azione dell'OMS per la strategia globale di prevenzione e controllo globale delle malattie non trasmissibili 2008-2013*, Ginevra.
- ❖ Sistema di sorveglianza PASSI *Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*. Rapporto nazionale 2008 - Rapporto Regionale 2007 Veneto

OBIETTIVO GENERALE

- Migliorare la sensibilità del personale sanitario sul tema dell'alcolologia, al fine di indurre una attenzione alle problematiche alcol correlate, tramite azioni di prevenzione ed anche interventi di counselling breve nei propri ambiti lavorativi.
- Favorire/rafforzare il coordinamento dei diversi interventi rivolti alle problematiche alcol correlate.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Costituire nelle diverse Aziende ULSS un gruppo di lavoro interdipartimentale, con l'obiettivo di favorire a livello locale l'attuazione dei Corsi di sensibilizzazione, di mappare le diverse opportunità/criticità correlate alle tematiche alcol correlate e di creare una prima struttura di una rete di coordinamento delle iniziative.
- Definire un Modulo Formativo (MF) per la sensibilizzazione degli operatori sanitari sulla prevenzione dei problemi alcol correlati.
- Promuovere l'attivazione nelle Aziende Sanitarie del Veneto di Corsi per formatori aziendali sui moduli formativi predisposti.
- Promuovere l'inserimento nel Piano Formativo Aziendale delle Aziende ULSS e Ospedaliere e la conseguente attuazione dei Moduli Formativi (MF) per la sensibilizzazione degli operatori sanitari sulla prevenzione dei problemi alcol correlati.

ATTIVITÀ ED AZIONI

Il progetto prevede alcuni steps, tra loro articolati nel corso del triennio di applicazione.

1° step. Predisposizione dei Moduli Formativi (MF) per formatori ed operatori

- Costituzione di Gruppo di lavoro regionale, formato da operatori esperti nel campo dell'alcolologia, rappresentanti delle diverse realtà territoriali regionali e provenienti dal Dipartimento di Prevenzione (SEPS, SISP, SIAN, SPSAL) e dal Dipartimento per le Dipendenze (Sert).
- Predisposizione di un Modulo Formativo per Formatori.
- Predisposizione di un modello di Modulo Formativo per target specifici secondo Programma ECM: obiettivi formativi, contenuti, metodologie didattiche, materiali, metodo di verifica dell'apprendimento, eventuale supporto a distanza offerto ai discenti.
- Sperimentazione del Modulo Formativo in 2-3 realtà aziendali rappresentative.

2° step. Costituzione di gruppi di lavoro aziendali di tipo interdipartimentale

Tali gruppi, coordinati da un referente locale di progetto, avranno il compito di:

- Mappare le risorse presenti nell'ULSS a livello preventivo, terapeutico e riabilitativo (con eventuale attenzione anche alle offerte del volontariato e degli Enti Locali);

- Partecipare ai Corsi di Formazione per Formatori Aziendali (step 3);
- Favorire l'attuazione a livello aziendale dei corsi di sensibilizzazione per operatori sanitari, gestendone in prima persona la loro attuazione;
- Partecipare, con il loro referente, a momenti di confronto e di valutazione a livello regionale.

3° step. Formazione dei Formatori Aziendali

Si prevede la realizzazione di 6 Corsi per formatori interni delle singole Aziende, con l'obiettivo di fornire strumenti, materiali e abilità didattiche volte a favorire da parte loro la successiva formazione all'interno delle singole Aziende ULSS coinvolte.

Questi di **6 corsi di formazione per formatori** si prevede di attuarlo nel corso del primo anno, ipotizzando il coinvolgimento di 18 Aziende ULSS su un totale di 23.

Ogni singolo Corso, della durata di due giornate con un massimo di 23-25 partecipanti, coinvolgerà un gruppo di Aziende ULSS limitrofe, privilegiando l'ambito provinciale. Vi potranno partecipare 6-7 formatori per Azienda, con profili professionali diversi (medici, assistenti sanitari, infermieri, psicologi, educatori), rappresentativi dei diversi target per cui saranno successivamente attivati i MF aziendali.

E' previsto, in fase di prima attuazione del MF a livello aziendale, un supporto a distanza offerto dai discenti.

4° step. Attuazione dei Moduli Formativi a livello Aziendale

Il Modulo Formativo (MF) della durata di 1 giornata, è organizzato in sede aziendale come formazione interna, rivolto ad una aula non superiore ai 30 operatori, con docenze interne, accreditato ECM. La formula in generale, volta al risparmio e al coinvolgimento progressivo del personale, garantisce tuttavia una formazione omogenea in tutta la Regione.

Per motivi didattici e di riproducibilità, i corsi saranno (quando possibile) strutturati su target omogenei (di ruolo e di appartenenza organizzativa) e saranno ripetuti nel corso del biennio.

Si prevede l'attuazione del Modulo Formativo con la seguente scansione temporale:

| | Destinatari | Nr. MF per ULSS | Nr. operatori coinvolti per ULSS | Nr. MF totali Regione | Nr. totale operatori |
|------------------------|--|--|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1 anno | solo formatori aziendali | --- | 6-7 | 6 | 150 form. |
| 2 anno | Operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizi Distrettuali (compreso Dip. Dipendenze e Dip. Salute Mentale); Operatori delle UOC Ospedaliere; MMG | 5 , di cui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 per dirigenti ▪ 2 per operatori area comparto | 150 | 90 | 2.700 |
| 3 anno | Operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizi Distrettuali (compreso Dip. Dipendenze e Dip. Salute Mentale); Operatori delle UOC Ospedaliere; MMG | 5 , di cui: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 per dirigenti medici ▪ 2 per operatori area comparto | 150 | 90 | 2.700 |
| Totale triennio | | 10 | 300 | 180 | 5.400 |

Ipotizzando quindi il coinvolgimento di almeno 18 Aziende ULSS e Ospedaliere su un totale di 23, al termine del triennio saranno stati formati 150 formatori e sensibilizzati 5.400 operatori sanitari (il 13,5% del target totale).

5° step. Rinforzo della rete alcol "sensibile" nelle diverse Aziende

Esso potrà essere attuato tramite una serie di passaggi:

- Il mantenimento e rinforzo del gruppo di lavoro e coordinamento;
- il progressivo allargamento dell'attività, volta ad ampliare il numero di operatori sanitari sensibilizzati al counselling e alle patologie alcol correlate;
- l'inserimento dei Moduli Formativi nei Piani Formativi Aziendali
- l'eventuale predisposizione di un Piano Annuale di Attività per i problemi alcol-correlati, che possa coordinarsi anche con altre iniziative e progettualità degli Enti Locali, del volontariato e del privato sociale.
- **FASI E TEMPI**

| Fase | Da | A |
|--|----------------------|----------------------|
| <i>Fase di progettazione e predisposizione dei MF</i> | <i>gennaio 2011</i> | <i>aprile 2011</i> |
| <i>Fase di mappatura risorse e costituzione gruppi di lavoro aziendali</i> | <i>febbraio 2011</i> | <i>aprile 2011</i> |
| <i>Fase di formazione formatori</i> | <i>maggio 2011</i> | <i>dicembre 2011</i> |
| <i>Fase di applicazione del MF (90 Corsi)</i> | <i>gennaio 2012</i> | <i>novembre 2012</i> |
| <i>Verifica e valutazione 2° annualità</i> | <i>dicembre 2012</i> | <i>dicembre 2012</i> |
| <i>Fase di applicazione del MF (90 Corsi)</i> | <i>gennaio 2012</i> | <i>novembre 2012</i> |
| <i>Verifica e valutazione intera triennialità</i> | <i>giugno 2013</i> | <i>dicembre 2013</i> |

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | <p>1. formatori aziendali: Si tratta di operatori sanitari e socio-sanitari, possibilmente già esperti sul piano formativo, che saranno formati con un Corso specifico accreditato ECM e che, successivamente, andranno a condurre i Corsi Aziendali. Il loro ruolo sarà anche quello di “diffusori” sociali della cultura correlata alle problematiche alcol correlate e di struttura di riferimento dei “gruppi di lavoro e di coordinamento” delle singole ULSS. Si ipotizza che nel corso del progetto verranno formati circa 150 operatori.</p> <p>2. operatori sanitari: Come già indicato precedentemente, si ritiene di coinvolgere il 13,5% degli operatori sanitari in attività nelle aziende ULSS e nel territorio, per un totale di circa 5.400 operatori.</p> |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

- coinvolgere oltre il 13% di tutti gli operatori sanitari in attività nell'Aziende ULSS della Regione Veneto
- formazione di nuovi operatori con abilità nella gestione dei Moduli Formativi a livello aziendale
- costituire di un “gruppo di lavoro e di coordinamento” in ogni Azienda ULSS coinvolta.
- sensibilizzare ad una cultura di prevenzione rispetto all'alcol e alle patologie e problematiche ad esse correlate
- aumentare il numero di counselling brevi nei confronti delle persone/pazienti
- riproducibilità e mantenimento degli interventi formativi (MF), inseriti nella attività di formazione e di aggiornamento delle Aziende ULSS e Ospedaliere

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|---|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Nr. moduli formativi (MF) attivati nelle ULSS partecipanti | certificazione dei Corsi accreditati ECM e realmente attivati | | 0 | 150 | | 150 | |
| Nr. totale operatori che partecipano alla fase di sensibilizzazione | nr. attestati ECM rilasciati al termine dell'attività formativa | | 0 | 2.700 | | 2.700 | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Programma di prevenzione precoce- monitoraggio dei comportamenti e delle azioni di prevenzione e promozione della salute nei primi anni di vita |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.1 2.3 2.4 2.9 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.1.2 – 2.4.2 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Il programma ha lo scopo di orientare la popolazione verso scelte di salute consapevoli e praticabili su 7 determinanti/interventi di salute prioritari nel percorso nascita (assunzione acido folico, astensione dal fumo in gravidanza e davanti al bambino, allattamento materno, posizione supina in culla, protezione da traumi stradali e incidenti domestici, vaccinazioni, lettura precoce ad alta voce) sviluppando e orientando le attività di promozione, formazione e offerta di servizi, anche già in essere, in modo integrato e sulla base di dati di qualità. I 7 determinanti di salute promossi da GenitoriPiù, che rispondono sostanzialmente a tutte le principali cause di morbilità e mortalità nei primi anni di vita, dai dati rilevati presentano in alcuni casi un livello poco soddisfacente, in altri hanno margini di miglioramento e nel caso delle vaccinazioni richiedono una costante attenzione e manutenzione per mantenere i buoni livelli di copertura ed intervenire efficacemente nelle aree più critiche (dati GenitoriPiù). In particolare:

1. Future mamme che assumono Acido Folico in modo corretto: Veneto 10% (Italia 8%)
2. Bambini con mamme che fumano o hanno fumato: Veneto 26,2 % (Italia 27,9%)
3. Allattamenti materni esclusivi perduti entro il 3° mese: Veneto 45,1% (Italia 41,7%)
4. Neonati che dormono a pancia in su: Veneto 53,2 % (Italia 48%)
5. Neonati che non viaggiano sicuri: Veneto 18,7 % (Italia 24%)
6. Genitori propensi a vaccinare i figli : Veneto 95,5 % (Italia 95%)
7. Genitori che si dicono bendisposti alla lettura precoce: 98,8% (Italia 98.8% - ma quasi la metà non ha letto alcun libro negli ultimi 12 mesi – ISTAT 2009)

Il programma sviluppa azioni coordinate e coerenti, basate sull'evidenza, per l'empowerment delle famiglie e degli operatori attraverso l' integrazione tra i 7 determinanti, tra le azioni di valutazione-formazione - promozione, tra le progettualità convergenti e tra le aziende partecipanti, per un tailoring locale delle attività commisurato ai bisogni rilevati. Vengono utilizzati di sistemi innovativi di formazione degli operatori e di coinvolgimento della popolazione. § GenitoriPiù/Guadagnare Salute

Si prevede lo sviluppo di 4 aree di intervento con i rispettivi obiettivi ed azioni (e conseguenti indicatori)

Obiettivo Specifico 1 - Rete:

- 1a)** Consolidamento della Rete Regionale per il Coordinamento dell'attività a livello Regionale/Aziendale,
- 1b)** Consolidamento della rete degli Esperti/ Project leader Regionali sui 7 determinanti.

Azioni

1a) Le Aziende partecipanti individueranno in continuità con la Campagna GenitoriPiù un referente nell' ambito del Dipartimento di Prevenzione e tra i Pediatri di Famiglia.

1b) Verrà riorganizzata la rete di esperti/project Leader della campagna GenitoriPiù già in essere (§ tabella- prevedendo sinergie anche con le progettualità di Guadagnare Salute convergenti - (es. Alcool)

Obiettivo Specifico 2 – Valutazione:

2a) Attivazione di un Service di dati alle Aziende Sanitarie aderenti al progetto. Valutazione dati a livello regionale da Panel di esperti (§ Rete “1b” project leaders 7 determinanti)

2b) Utilizzo delle Pagine WEB dedicate, per la condivisione, interrogazione dei data base 2008-2009 e dei nuovi dati raccolti

2c) Sperimentazione di un sistema di azioni coordinate a livello regionale per la valutazione dell'evoluzione delle conoscenze e dei comportamenti degli operatori e dei genitori sui 7 determinanti (sperimentazione di un set di indicatori “Piccoli Passi”)

Azioni

2a.1) Attivazione di un service per l'elaborazione dei dati di valutazione

2a.2) Attivazione del panel di esperti (rif. Tab 1b)

2b) Riorganizzazione dell'area riservata del sito WEB per la condivisione, interrogazione database

2c) Sperimentazione di un sistema di sorveglianza che prevede

Obiettivo Specifico 3 - Formazione:

3a) Riedizione mirata del percorso formativo Blended sul Counselling Vaccinale (sviluppato c/o ULSS n. 3)

3b) Consolidamento dell'attività formativa sui 7 determinanti e sul Counselling per gli operatori e approfondimento secondo le priorità emerse dai dati rilevati.

Azioni

3a) Attuazione in almeno 4 Aziende del percorso formativo Blended sul Counselling Vaccinale di GenitoriPiù (in base ai bisogni rilevati su indicazione della Direzione Regionale della Prevenzione.

3b) Attuazione di attività formative integrative (in via sperimentale anche FAD) sui 7 determinanti di GenitoriPiù per gli operatori del percorso nascita mirate in base ai dati della valutazione e ai bisogni prioritari sui diversi determinanti (es. SIDS/Posizione in culla , Acido Folico ecc.)

Obiettivo Specifico 4 - Promozione:

4a) Ottimizzazione dell'utilizzo del libretto pediatrico

4b) Revisione/ristampa, produzione e diffusione mirata di materiale divulgativo per la popolazione, comprendente aspetti multiculturali e di contrasto alle disuguaglianze in salute.

4c) Aggiornamento/manutenzione del sito WEB www.genitoripiu.it.

Azioni

4a) Ottimizzazione dell'utilizzo del libretto pediatrico. Ristampa “Calendario delle azioni” prodotto nella campagna GenitoriPiù,

4b.1) Stamp materiale progetto CCM “Pensiamoci Prima” e STUDIO ACIDO FOLICO “Randomized Clinical Trial to Evaluate the Efficacy of High Dose of Folic Acid to Prevent the Occurrence of Congenital Malformations

4b.2) Ristampa del materiale della campagna Genitori Più in via di esaurimento, sia in italiano che multilingue

4b.3) Produzione di materiale divulgativo in ristampa o in aggiornamento in base alle priorità rilevate nelle annualità precedenti

4c) Le attività promozionali (area pubblica) relative sito WEB www.genitoripiu.it. Saranno di Aggiornamento/manutenzione con la produzione periodica di newsletter.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Giovani coppie, neogenitori, neonati (nati 47.682 - ISTAT a. 2009) |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Diminuzione di morbilità mortalità suscettibile (EBM) di prevenzione con le 7 Azioni. Proxy di processo: miglioramento delle conoscenze e dei comportamenti nella popolazione sui singoli determinanti. Aumento delle competenze negli operatori sugli stessi determinanti.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|---|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Genitori che adottano la posizione supina in culla | Ricerca a campione. Dati disaggregati disponibili all'interno della valutazione | | 53,2% | >55% | | >58% | |
| Operatori che consigliano la posizione supina in culla | Campagna "GenitoriPiù" Ministero della Salute * | | 50,5% | >55% | | >60% | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Contrasto del rischio di infortuni mortali ed invalidanti in edilizia |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.2.1 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

I dati sull'andamento infortunistico e l'analisi degli infortuni gravi e mortali indicano tuttora il settore delle Costruzioni come una delle priorità di rischio regionale. Si tratta di circa 9300 infortuni riconosciuti all'anno (media del triennio 2006-2008), il 16% del totale, con un decisivo contributo percentuale, un quarto, agli eventi gravi invalidanti e ai mortali (37%).

Ciò non tanto per un andamento ingravescente, visto che come nella maggior parte dei settori produttivi anche in edilizia in questi anni si è verificata una contrazione dei tassi infortunistici, ma perché tuttora tali livelli restano elevati in relazione all'incidenza e alla gravità delle lesioni. I tassi di incidenza in edilizia sono infatti decisamente più elevati rispetto a quelli delle altre attività produttive e le cadute di persone dall'alto, pur essendo in progressiva diminuzione da qualche anno a questa parte, rappresentano ancora una delle tipologie d'infortunio più frequente e più grave, anzi la forma rilevata in circa ¼ dei casi di infortunio mortale analizzati. Tali eventi riguardano in primo luogo la caduta da tetti, seguita da eventi legati alla scale portatili, poi alle opere provvisoriale in genere.

Ad accrescere le problematiche del settore, con effetti destrutturanti sulle garanzie per la salute e la sicurezza del lavoro, si inseriscono una serie di fattori di tipo economico-sociale quali l'eccessiva frammentazione dell'organizzazione del lavoro (catena di subappalti), i comportamenti singoli, legati in qualche modo anche alla provenienza sociale dei lavoratori, aspetti di regolarità del lavoro e altro.

Il Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro ha elaborato una linea di intervento uniforme per tutte le Regioni e Province Autonome che la Commissione Salute delle Regioni e Province Autonome ha tradotto nel Piano Nazionale Edilizia come parte integrante del Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro recepito con il DPCM 17.12.2007. Il Piano prevede azioni coordinate di vigilanza, informazione, formazione ed assistenza.

La Regione Veneto ha recepito gli obiettivi del Piano Nazionale Edilizia con dgr n° 2522 del 4/8/09.

Per l'attività di vigilanza le priorità di ispezione sono individuate nei cantieri che possono presentare situazioni a rischio, identificabili nelle fattispecie di cui all'All. I del d.lgs. 81/08, unitamente, in un'ottica di copertura di tutto il territorio, a quelli che già dall'esterno appaiono sotto il "minimo etico di sicurezza".

Il Piano Regionale promuove forme di intervento in collaborazione tra gli SPISAL, le Direzioni Provinciali del Lavoro, INAIL e INPS per unire al controllo della sicurezza anche il controllo della regolarità dei rapporti di lavoro. La sinergia ed il coordinamento con le altre istituzioni preposte al controllo oltre a contribuire alla copertura del territorio rappresentano il piano di collaborazione che lega insieme sicurezza e legalità del lavoro.

L'attività di vigilanza in edilizia rappresenta circa la metà delle ispezioni Spisal e negli ultimi anni è progressivamente aumentata sia in termini di cantieri controllati che di ditte viste, con un miglioramento del grado di copertura del territorio da parte del sistema. La percentuale sui cantieri notificati è al 14%.

| EDILIZIA | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Notifiche | 28.718 | 29.966 | 28.148 | 28.392 | 27.903 | 24.998 | 27.483 | 27.064 |
| Cantieri controllati | 2.289 | 2.749 | 2.998 | 2.947 | 2.992 | 3.059 | 3.221 | 3.725 |
| Cantieri su notifiche | 8,0% | 9,2% | 10,7% | 10,4% | 10,7% | 12,2% | 11,7% | 13,8% |
| Ditte controllate | 2.515 | 2.769 | 3.617 | 3.392 | 3.645 | 4.045 | 4.249 | 5.115 |

La criticità maggiore è rappresentata dalla disomogeneità rispetto agli indicatori di efficienza fra i diversi Spisal, solo in parte attribuibili alle risorse disponibili nelle varie realtà territoriali.

Il piano nazionale definisce per la Regione Veneto il numero di cantieri da controllare pari a 4669/anno di cui il 20% in collaborazione con le Direzioni Provinciali del Lavoro, INAIL e INPS. Nel 2009 sono stati controllati 3725 cantieri dei quali 416 (11%) in collaborazione con DPL, INAIL e INPS.

Su queste base vengono definiti gli obiettivi numerici di controllo cantieri per ogni SPISAL, in funzione delle notifiche pervenute e del numero degli infortuni accaduti sul territorio, al fine di copertura/presidio del territorio che tenda al 20% delle notifiche.

L'attività di vigilanza sarà indirizzata secondo un criterio di priorità per grandi lavori pubblici e per i cantieri notificati a rischio, individuati attraverso strumenti come l'archivio delle notifiche e delle imprese, unitamente all'azione di presidio del territorio che può essere svolta "a vista" e rivolta ai cantieri che già dall'esterno appaiono sotto il "minimo etico di sicurezza". Il controllo del territorio sarà garantito anche ricercando le sinergie con altre Pubbliche Amministrazioni.

Al fine di favorire il Sistema SPISAL per il raggiungimento degli obiettivi del Patto, la Regione Veneto ha implementato il Sistema informativo PrevNet che viene utilizzato in tutti i Servizi per l'inserimento delle procedure di vigilanza.

È in fase di sperimentazione nella provincia di Venezia la condivisione via web con INAIL, DPL, INPS, CPT e Prefettura dell'archivio delle notifiche e dei cantieri controllati al fine di facilitare il coordinamento tra Enti e l'ottimizzazione delle risorse.

Tutto ciò consentirà la disponibilità in tempo reale delle notifiche di cantiere e delle ispezioni eseguite oltre ad agevolare l'effettuazione del monitoraggio annuale.

Va completato quindi il sistema di archiviazione puntuale delle notifiche preliminari e, parallelamente, sviluppato anche un corrispondente archivio delle ditte attive, che potrà avvalersi dell'attuale data base dei flussi informativi INAIL-ISPEL-Regioni (con dati quindi sulla ditta e sui livelli infortunistici nel corso degli anni). Compatibilmente con lo sviluppo delle sinergie tra le varie istituzioni competenti, il sistema dovrebbe contenere progressivamente informazioni sul lavoro, sulla sicurezza (e sulle conseguenze della insicurezza) e sulla regolarità/non regolarità dei rapporti di lavoro.

Gli indicatori per il monitoraggio dei risultati previsti dal Piano Nazionale Edilizia sono:

| | |
|-------------------------|--|
| Indicatore di copertura | n. di cantieri controllati/numero di notifiche % |
| Indicatore di risultato | n. prescrizioni ottemperate/numero prescrizioni totali |
| Indicatore di volume | n. cantieri ispezionati /anno |
| Standard regionale | 4699 cantieri ispezionati |
| Indicatore di qualità | controllo sinergico (vigilanza coordinata per sicurezza e regolarità del lavoro) |
| Standard | 20% dei cantieri da ispezionare pari a 934 dei cantieri |

Per il raggiungimento degli obiettivi è fondamentale anche il lavoro sui servizi teso ad eliminare le disomogeneità di intervento con la definizione e attivazione di una cabina di regia regionale, con il compito di:

| Azioni | Tempi |
|---|-----------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Coordinare e monitorare l'andamento del controllo | continuativo 2010 -12 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Stabilire le modalità per la scelta dei cantieri da ispezionare secondo priorità di rischio • Supporto all'implementazione a livello regionale di web cantieri | Annuale Dal 2011 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Formazione personale ispettivo Spisal, DPL, Inps, Inail | Continua |
| <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza agli stakeholder sui lavori di manutenzione in quota per la prevenzione delle cadute dall'alto | Continua |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pubblicazione di soluzioni di sicurezza condivise | Continua |
| <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione regionale ai lavori della cabina di regia del Piano Nazionale Edilizia | 2010- 12 |

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Aziende e lavoratori. Associazioni di lavoratori e delle associazioni imprenditoriali. |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Nell'ottica di riduzione del 15% nel triennio degli infortuni mortali ed invalidanti, le azioni messe in campo sono intese da una parte ad incrementare la copertura del territorio, anche attraverso la vigilanza sinergica con gli altri enti di controllo, dall'altra a migliorare la selezione dei cantieri da controllare indirizzando le ispezioni verso le situazioni più a rischio (così come individuate dall'all. I d.lgs. 81/08).

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|-------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| n. di cantieri controllati | PREVNET | 4.700 | | 4.700 | | 4.700 | |
| n° di cantieri visti in collaborazione con INPS, DPL, ecc | PREVNET | 800 | | 900 | | 1000 | |

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Contrasto del rischio di infortuni mortali ed invalidanti in agricoltura |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.2.2 |

5) BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

Il Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro recepito con il DPCM 17.12.2007, richiedeva "la programmazione di azioni su tutto il territorio nazionale" "con particolare urgenza, in base ai dati ad oggi disponibili", nel comparto "dell'agricoltura-selvicoltura.

In tale ambito il 17.06.2009 il Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro ha approvato il Piano Nazionale di prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura 2009/2011 che individua livelli di intervento omogenei per tutte le regioni.

Il Piano prevede azioni coordinate di vigilanza, informazione, formazione ed assistenza. In parallelo all'azione di vigilanza, il Piano Nazionale Agricoltura promuove la formazione nel modo agricolo e la diffusione di materiali divulgativi e manuali anche attraverso la costruzione di un sito web per la sicurezza e la salute in agricoltura

L'agricoltura nel Veneto

Nel Veneto, secondo i dati dell'annuario statistico Italiano del 2008, sono presenti 144.604 aziende, di cui 120.701, con un'unica unità di lavoro ULA (in agricoltura una unità di lavoro è posta pari a 280 giornate lavorate nell'azienda e quindi il dato si riferisce alla presenza di un solo addetto).

Il mondo agricolo presenta le seguenti peculiarità:

- Il numero complessivo di addetti, comprensivo dei familiari, dei dipendenti e degli avventizi, è pari a 372.187: i primi rappresentano oltre il 90% degli addetti, la manodopera dipendente è inferiore al 2%, mentre quella avventizia è circa il 6%. C'è quindi un gran numero di piccole imprese condotte e gestite autonomamente dalla famiglia del conduttore; le donne rappresentano il 36% del numero complessivo degli addetti.
- rilevante aumento della meccanizzazione che riguarda ormai oltre il 90% delle aziende agricole. Riguardo al titolo di utilizzazione prevalgono, in linea di massima, la proprietà e il contoterzismo passivo (mezzi forniti da terzi);
- Il Veneto è la regione tra le più interessate dal consumo di fertilizzanti (8.311.766 q) e di fitofarmaci (17.588.634 q) a livello nazionale a seguire dell'Emilia Romagna e la Sicilia.
- nella maggior parte delle aziende agricole, l'ambiente di lavoro coincide con l'abitazione del nucleo familiare, con contiguità dei rischi anche per la popolazione non lavorativa.

Il fenomeno infortunistico

Il numero degli infortuni avvenuti nel settore Agricoltura e denunciati all'Inail nel Veneto, presenta un andamento decrescente, tale riduzione va di pari passo con il calo degli occupati più accentuato per i dipendenti che per gli autonomi.

Nel 2007 si registrano 5.148 infortuni di cui 7 mortali e i permanenti definiti nel 2006 sono 75 in rendita e 291 in capitale.

L'indice di frequenza degli infortuni in agricoltura risultava per il 2007 pari a 52,5 infortuni ogni 1.000 addetti contro i 30,8 infortuni ogni 1.000 addetti dell'industria.

Il numero di infortuni che riconosce come agente materiale: dispositivi, motori, utensili, macchine, attrezzature e veicoli è percentualmente molto elevato il 48%.

Il trattore è da solo responsabile del 10% degli infortuni e del 35% di quelli mortali (il 50% di questi ultimi si verifica per trauma cranico).

Per quanto riguarda la modalità di accadimento, pur non esistendo statistiche significative in merito, è possibile affermare che i rischi più gravi a cui è esposto l'operatore alla guida del trattore sono sicuramente rappresentati dai ribaltamenti trasversali e/o longitudinali per sovraccarico del trattore (ad es. attrezzature collegate), per sforzo eccessivo di traino, per manovre brusche, per eccessiva pendenza del terreno.

La distribuzione del fenomeno per provincia nel Veneto, evidenzia come Verona si mantenga al primo posto per numero di infortuni, seguita da Treviso, Vicenza, Padova.

E' da sottolineare che il fenomeno è comunque sottostimato in quanto una quota rilevante di infortuni in ambito agricolo non viene rilevata dalle statistiche INAIL (sono esclusi dall'assicurazione obbligatoria i lavoratori autonomi per i quali l'attività agricola non sia prevalente ai sensi della L. 243 del 19 luglio 1993), tanto da portare a ritenere che l'entità complessiva degli infortuni mortali sia quasi il doppio del dato INAIL.

Le malattie professionali

L'analisi dell'andamento, dai dati Inail, evidenzia che le malattie professionali nel settore dell'Agricoltura in Italia rappresentano, in termini numerici, un problema di salute almeno apparentemente meno rilevante.

Rispetto agli infortuni; la cadenza è di circa 500 malattie professionali denunciate all'anno, meno di 30 casi nel Veneto negli ultimi 5 anni, ciò indica una grande sottostima dell'incidenza reale della patologia professionale nel settore.

Criticità

La criticità maggiore per il raggiungimento degli obiettivi dettati dal Piano è rappresentata da un pregresso storico di attività di vigilanza nel settore agricolo frammentata e disomogenea sul territorio e concentrata soprattutto nelle indagini per infortuni gravi e mortali e nelle attività di formazione ed informazione.

La difficoltà di applicazione della normativa di sicurezza alle imprese familiari, ai coltivatori diretti e ai collaboratori familiari ha frenato l'attività di prevenzione con riguardo sia alla sicurezza delle macchine e delle attrezzature che agli aspetti sanitari e di formazione.

Il Decreto Lgs. 81/2008 pur ampliando il campo di applicazione della normativa di tutela anche ai lavoratori autonomi e ai collaboratori familiari per gli aspetti tecnici di sicurezza macchine ed attrezzature e per l'uso di dispositivi personali di protezione non impone ma lascia facoltativo l'accesso ai programmi di formazione e la sorveglianza sanitaria.

Questa possibilità, di fatto si traduce in esclusione e assume carattere di grande rilevanza sanitaria in termini di cultura professionale emarginata e di mancata sorveglianza sanitaria di questa popolazione che si estende anche i lavoratori occasionali e stagionali.

Infatti il basso numero di malattie professionali evidenziate documenta una probabile sottostima del fenomeno con ricadute di disuguaglianza sociale e sanitaria dovute al mancato indennizzo delle patologie.

Soluzioni proposte

Come da indicazioni del Piano Nazionale Agricoltura la vigilanza, formazione ed informazione in Agricoltura riguarderanno gli aspetti ritenuti essenziali per la gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori, con particolare attenzione:

- i rischi derivanti dall'utilizzo dei macchinari, in particolare del trattore con verifica delle protezioni (arco di protezione e cuffia cardanica),
- l'impiego dei dispositivi di protezione individuale, in particolare durante le operazioni che comportano l'esposizione ad agenti chimici,
- alla regolarità del lavoro.

Risultati che si intendono raggiungere

| Azioni | tempi |
|--|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Coordinare e monitorare l'andamento del controllo nelle aziende e dei trattori | 2010 – 12 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Formazione condivisa degli ispettori spisal e DPL | Permanente |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione ed informazione alle associazioni e ai rivenditori costruttori di macchine attrezzature agricole | 2011 -12 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento e revisione del materiale didattico già realizzato per la formazione RSPP | 2011 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sperimentazione in alcune ulss della formazione e della sorveglianza sanitaria dei coltivatori diretti | 2012 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Partecipare ai lavori della cabina di regia del Piano Nazionale Agricoltura | Permanente |

6) BENEFICIARI

Lavoratori agricoli e coltivatori diretti
Associazioni di lavoratori

7) OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

1. Elaborare una procedura per il controllo delle aziende agricole, dei costruttori e dei rivenditori di macchine agricole per la riduzione degli infortuni gravi e mortali
2. Promuovere la cultura della sicurezza nel mondo agricolo
3. Piano di fattibilità per la sorveglianza sanitaria per i lavoratori autonomi, collaboratori
4. Partecipare all'attività interregionale sulla sicurezza in agricoltura

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|-----------------------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| n. controlli effettuati sui trattori e sulle attrezzature | Rapporti di vigilanza e controllo | | | 90% delle ispezioni | | 100% delle ispezioni | |
| n. controlli effettuati in aziende | Prevnet | 850 unità locali | | 90% delle aziende | | 100% delle aziende | |
| Materiale formativo prodotto | Rapporti | Materiale didattico predisposto | | Materiale didattico predisposto | | Materiale didattico predisposto | |
| Sorveglianza sanitaria coltivatori diretti | Rapporti | | | | | n. soggetti visitati | |
| Formazione coltivatori diretti | | | | | | n. soggetti formati | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|--|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Contrasto del rischio di infortuni mortali ed invalidanti nelle aziende a rischio |
|---|--|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.2 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.2.3 |
|--|--------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

La dimensione del fenomeno: nel periodo 2006-2008 in Veneto sono avvenuti e sono stati riconosciuti dall'INAIL 7.906 infortuni mortali o invalidanti (fonte: Flussi Informativi INAIL ISPESL REGIONI agg. 2009), compresi incidenti stradali in orario di lavoro ma esclusi: servizi domestici, studenti, sportivi professionisti e incidenti in itinere. Gli eventi, così ripartiti in base alla voce di tariffa INAIL che esprime meglio del codice ATECO il rischio e la reale attività svolta dall'infortunato, sono elencati nella tabella seguente (tra parentesi *'di cui casi mortali'*):

| COMPARTO | Veneto - Triennio 2006-2008 Infortuni Mortali e Invalidanti | | |
|--------------------------------------|--|----------|-------------|
| | Non stradali | Stradali | TOTALE |
| Agricoltura | 925 (16) | 19 (3) | 994 (19) |
| Costruzioni | 1.731 (43) | 94 (20) | 1.825 (63) |
| Altri comparti (incluso Conto Stato) | 4.515 (61) | 572 (45) | 5.087 (106) |

Gli infortuni invalidanti e mortali, in controtendenza rispetto al totale degli infortuni, mostrano in Veneto un aumento progressivo in valori assoluti dal 2000 al 2007 (il dato del 2008 è in diminuzione ma non è ancora consolidato); i casi mortali presentano un andamento oscillante in cui è difficile individuare un trend a causa della bassa numerosità (in senso statistico).

I dati sopracitati non si riferiscono alla totalità dei lavoratori tutelati dalla normativa sulla sicurezza sul lavoro ma costituiscono comunque una buona stima dell'entità complessiva del problema in quanto l'assicurazione INAIL copre la maggior parte dei lavoratori dipendenti (si stima che siano poco meno dell'80%, essendo gli assicurati INAIL 18 milioni contro 23 milioni di occupati ISTAT in Italia).

Vantaggi e criticità

La possibilità di utilizzare i dati dei flussi INAIL consente di porre in relazione gli eventi con singole aziende e pertanto di superare parzialmente il tradizionale approccio per comparti.

Razionale dell'intervento:

Premesso che gli interventi in edilizia e agricoltura sono oggetto di progetti specifici per le peculiarità di questi comparti produttivi, la definizione del Target di questo progetto tiene conto della necessità di:

- agire su cause particolari (la distribuzione degli eventi per tipo di attività e la dinamica degli eventi più gravi sono diverse da quelle degli eventi lievi) e in aziende selezionate in modo da garantire la pertinenza e la coerenza con l'obiettivo di salute (riduzione degli infortuni invalidanti)
- coinvolgere una quota significativa del target potenziale (in termini di numero di lavoratori)
- garantire la sostenibilità da parte dei servizi delle ASL in funzione del proprio organico.

Dal punto di vista statistico gli infortuni invalidanti e mortali sono eventi "rari"; anche tutti gli infortuni, indipendentemente dalla gravità, lo sono, poiché si realizzano in modo "casuale" in presenza di condizioni di rischio più o meno diffuse che comportano un certo numero di eventi accidentali che a loro volta possono, sempre casualmente, determinare o no lesioni alle persone; nel caso poi che accada l'infortunio, sono spesso fattori fortuiti che ne determinano la gravità. Tuttavia, come è facilmente intuibile, in alcune situazioni o attività lavorative la presenza di condizioni di rischio è maggiore. Per perseguire l'obiettivo tendenziale della riduzione del 15% degli eventi mortali ed invalidanti, occorre avere attenzione alle attività in cui si concentra il maggior numero di eventi oltre che il "rischio individuale" del lavoratore (tasso di incidenza) per questa particolare tipologia di eventi. Pertanto la loro consistenza numerica può essere considerata come il criterio privilegiato per mirare gli interventi di prevenzione; inoltre, in alcuni casi, gli infortuni gravi possono essere utilizzati come evento sentinella per individuare singole aziende o tipologie di aziende (definite dalle loro caratteristiche note oltre che dal tipo di attività) in cui intervenire.

Il contesto produttivo del Veneto (come quello dell'Italia in generale) è caratterizzato da una moltitudine di piccole imprese nelle quali l'analisi dei dati dimostra che gli infortuni invalidanti e mortali costituiscono spesso eventi isolati nella storia dell'azienda; pertanto non è possibile pensare di limitare l'intervento alle sole aziende che hanno già presentato un infortunio di questo tipo (in questi casi viene comunque attivata un'inchiesta relativa al reato di lesioni personali colpose o omicidio colposo).

Considerando la distribuzione degli eventi per dimensione aziendale, si rileva che circa il 30% di questi infortuni si verifica in aziende con oltre 30 dipendenti e poco più del 50% nelle aziende con meno di dieci addetti; Tuttavia le aziende con oltre 30 addetti sono soltanto l'1,8 (circa 6.000 in Veneto) del totale mentre quelle fino a 10 sono circa il 93% (circa 340.000). pertanto si può concludere che circa 1/3 degli eventi che si desidera ridurre è concentrato in poche aziende facilmente raggiungibili con le risorse disponibili dei servizi di prevenzione.

Per individuare le aziende a maggior rischio tra questo insieme, non è opportuno usare l'incidenza di eventi invalidanti e mortali perché, come si è detto, sono sporadici; per ovviare al problema è possibile abbassare la soglia di attenzione ad eventi di minor gravità il cui ripetersi può determinare l'occasione degli eventi invalidanti o mortali; il miglior compromesso oggi possibile sembra quello di considerare gli eventi con prognosi superiore a 30 giorni.

Pertanto, un primo target di questo progetto è il sottoinsieme delle attività/aziende assicurate INAIL in cui si presume si concentri una parte rilevante (1/3) degli infortuni mortali ed invalidanti scelte in base a due criteri principali:

- elevato rischio individuale per il lavoratore (tasso di infortuni mortali e invalidanti, tasso di infortuni con prognosi superiore a 30 giorni; tassi elevati vengono considerati significativi quando il numero di eventi è uguale o superiore a 5 nel periodo di riferimento)
- numero di lavoratori (minimo 30) e numero elevato degli eventi che condizionano il carico complessivo di danni all'integrità fisica.

La scelta della combinazione di questi criteri deriva dalla necessità di coinvolgere una *quota significativa del target potenziale, infatti gli addetti delle aziende con oltre 30 addetti sono circa il 41% del totale.*

Per limitare una possibile criticità del criterio di scelta, costituita dall'aumento della tendenza alla sottonotifica degli infortuni, alcune tipologie di evento invalidante possono essere considerate come "eventi sentinella" indicatori di un potenziale problema generalizzato di sicurezza; tali eventi sporadici possono far includere un'azienda anche in presenza di bassi tassi infortunistici o di tassi poco significativi o di basso numero complessivo di infortuni gravi.

Aziende oggetto di trattamento:

- Sottoposte a monitoraggio permanente fino ad un massimo di 5.000 posizioni assicurative (PAT) non accentrate con numero di addetti superiore a 30 che rientrino in uno dei criteri di selezione definiti in dettaglio nella prima fase del progetto (rischio individuale, numero eventi, eventi sentinella etc.). Le

sedi figlie di PAT accentranti (con sede in Veneto o fuori del Veneto) saranno aggiunte al numero di aziende monitorate in collaborazione con i competenti servizi delle ASL e incrociando i dati con altre fonti informative (se disponibili: es. archivio unità locali di Infocamere). Tendenzialmente ogni PAT dovrà essere rivisitata al massimo una volta ogni 5 anni. L'elenco sarà predisposto a livello regionale e periodicamente aggiornato in funzione delle chiusure e aperture di azienda e dei dati infortunistici più aggiornati.

- Intervento ogni anno su un numero di posizioni assicurative scelte a rotazione tra le precedenti e tali da coprire almeno 150.000 lavoratori (le PAT considerate hanno un numero medio di addetti di circa 100 unità); in caso di interventi in azienda con oltre 100 addetti, l'intervento può essere eseguito parzialmente su singoli reparti o su singoli problemi, partendo da quelli prioritari, ma non deve riguardare meno di 100 addetti complessivamente. Poiché l'incidenza di infortuni mortali e invalidanti è di poco inferiore al 1 x 1000 in questa categoria di PAT nel triennio 2006-2008, a parità di condizioni di rischio, si attendono mediamente 80-100 infortuni invalidanti e mortali all'anno nelle PAT oggetto di intervento; riducendo o eliminando i fattori di rischio in questa parte di aziende, è possibile un abbattimento massimo del 2-3% per anno (6-9% in un triennio di effettiva attività di controllo) sul totale degli eventi di questo tipo in Veneto (esclusa edilizia ed agricoltura) che costituisce un buon contributo all'obiettivo complessivo di riduzione (15% nel triennio). Rispetto al totale dei lavoratori del Veneto (INAIL), esclusi edilizia ed agricoltura, la copertura è del 10%. Il numero medio di interventi che ogni ASL deve eseguire è compreso tra 70 e 250 in base al numero di lavoratori presenti in ogni singola PAT oggetto di intervento e alla distribuzione territoriale delle attività. Le PAT con meno di 30 addetti non vengono comunque trascurate in quanto possono essere oggetto di interventi di prevenzione in occasione di infortuni sul lavoro, esposti, lavori in appalto all'interno delle aziende di questo progetto, altre attività di iniziativa. In particolare, se si verificano eventi gravi in aziende con meno di 30 dipendenti, con una dinamica di quelle considerate "sentinella", in occasione dell'inchiesta infortuni si procederà comunque anche ad una verifica completa dell'azienda.

Metodica di intervento nelle aziende con oltre 30 dipendenti:

La metodica di intervento in ogni sua fase deve essere mirata, oltre al rispetto generale della normativa, all'identificazione e alla rimozione di tutti i fattori di rischio per infortuni potenzialmente gravi, invalidanti e mortali, stabilendo priorità di controllo coerenti con la finalità del progetto sulla base degli elementi che emergono man mano che si procede. Portatori di interessi e attori non secondari in questo ambito sono principalmente i lavoratori, le loro organizzazioni e i datori di lavoro; essi dovranno essere coinvolti consapevolmente e attivamente nelle azioni di prevenzione e nell'individuazione delle criticità.

- Fase 1: esame dei dati registrati sulle modalità di accadimento degli infortuni in azienda con particolare attenzione a quelle che potenzialmente possono produrre infortuni gravi (>30gg), invalidanti o mortali.
- Fase 2: audit del sistema di gestione della sicurezza (se il sistema non è implementato, attività promozione del SGS). L'audit può essere parziale ma accurato e mirato a verificare la conformità di gestione di aspetti particolari (gestione infortuni, manutenzione, DPI etc.) in funzione dell'analisi preliminare dei dati e delle attività di controllo precedentemente svolte.
- Fase 3: controllo diretto e accurato in azienda o reparto; fino a 100 addetti il controllo è completo; se il controllo è parziale in aziende con oltre 100 addetti, deve riguardare uno o più reparti che interessino complessivamente non meno di 100 addetti. Il controllo deve coinvolgere anche ditte in appalto (anche con meno di 30 addetti) che svolgano attività con rischi particolari e la gestione dei lavoratori atipici; le ditte in appalto individuate, se hanno oltre 30 addetti, possono essere inserite nel monitoraggio a richiesta dei servizi delle ASL mentre le altre vanno conteggiate nei report di attività generale.
- Fase 4: correzione delle criticità rilevate, bonifica delle situazioni di rischio
- Fase 5: le aziende sono informate che il monitoraggio è periodico (nel caso di interventi parziali, negli anni successivi si privilegiano i reparti non considerati nelle precedenti ispezioni) attivando tutte le possibili azioni di assistenza fatti salvi gli interventi di vigilanza per problemi specifici (esposti, infortuni, malattie professionali).

ATTIVITA' e CRONOPROGRAMMA:

1 Elaborazione dei dati necessari per selezione delle aziende

2 Predisposizione degli elenchi preliminari delle aziende con le rispettive PAT e il numero di addetti da utilizzare per la verifica di copertura

- 3 Condivisione delle liste di aziende con i servizi delle ASL
- 4 Individuazione dei criteri per il monitoraggio delle attività mediante il sistema gestionale PrevNet e adeguamento delle tabelle.
- 5 Condivisione dei metodi di intervento (eventuale formazione operatori per audit su SGS)
- 6 Attività di prevenzione nelle aziende
- 7 Aggiornamento periodico liste
- 8 Monitoraggi attività e indicatori
- 9 Report

| attività | MESI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | |
| 1 | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 7 | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | X | X | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | X | X | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | |

I potenziali beneficiari degli effetti diretti e indiretti di questo progetto possono essere stimati in circa 1.550.000 addetti INAIL contro 1.790.000 occupati ISTAT (escludendo costruzioni, agricoltura, servizi domestici).

I beneficiari diretti sono almeno 150.000 lavoratori per anno per in aziende di tutti i comparti, esclusi edilizia ed agricoltura, con oltre 30 addetti e rischio significativo per infortuni invalidanti e mortali (10% di tutti gli addetti INAIL del Veneto in PAT non accentrate).

6) Beneficiari

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

L'obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012 prevede il mantenimento del trend in riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio. Questa tipologia di evento rappresenta una percentuale piccola (nel biennio 2006-2007 pari al 4,9% del totale degli eventi definiti positivamente da INAIL) ma molto significativa se considerata in termini di perdita di anni di vita e di perdita di vita vissuta in buone condizioni di salute.

Il progetto di propone di individuare le aziende a maggior rischio di infortuni mortali e invalidanti (esclusa edilizia ed agricoltura), effettuare interventi di prevenzione con metodica adeguata ad individuare e rimuovere i fattori di rischio per questa tipologia di infortuni e monitorare e garantire nel tempo la copertura di vigilanza in termini di numero di lavoratori tutelati.

Gli obiettivi di salute e di processo del progetto sono i seguenti:

- a) Riduzione degli infortuni invalidanti e mortali (di salute)
- b) Riduzione degli infortuni gravi con prognosi > 30 giorni (di salute e di processo)
- c) Monitorare le aziende più significative per il rischio di infortuni gravi, invalidanti e mortali (di processo)
- d) Migliorare la specificità nella scelta delle aziende oggetto di controllo (di processo)
- e) Ridurre i rischi di infortunio nelle aziende ispezionate (di processo)
- f) Aumentare il numero di lavoratori tutelati dagli interventi di prevenzione (di processo)

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|--|--|-------------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| A - Tasso Invalidanti e mortali | Flussi informativi INAIL | | 0,95 x 1000 | Riduzione ≥ 1% ≤ 0,94 x 1000 | ➤ | Riduzione ≥ 5% ≤ 0,90 x 1000 | |
| B - Tasso infortuni con prognosi > 30 gg | Flussi informativi INAIL | | 5,48 x 1000 | Riduzione ≥ 1% ≤ 5,42 | | Riduzione ≥ 5% ≤ 5,21 x 1000 | |
| C - Numero PAT nella lista | Lista regionale delle aziende | | 0 | ≥ 1.000 e ≤ 5.000 | | ≥ 1.000 e ≤ 5.000 | |
| D - Aziende ispezionate per progetto/aziende ispezionate per tutte le attività (non vincolante se rispettato il punto F) | Software gestionale e relazioni di attività dei servizi | | 0 | ≥ 3% | | ≥ 5% | |
| E - Aziende bonificate/totale ispezionate per progetto | Software gestionale e relazioni di attività dei servizi | | 0 | ≥ 80% | | ≥ 80% | |
| F - Copertura addetti in aziende a rischio di infortuni gravi e invalidanti rispetto al totale addetti (esclusa edilizia e agricoltura) | Linkage tra lista aziende e dati del software gestionale | | 0 | ≥ 6% | | ≥ 10% | |

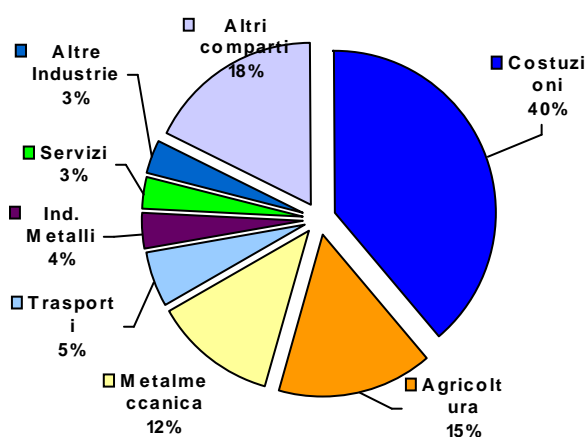
| | |
|---|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle inchieste infortuni |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.2.4 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

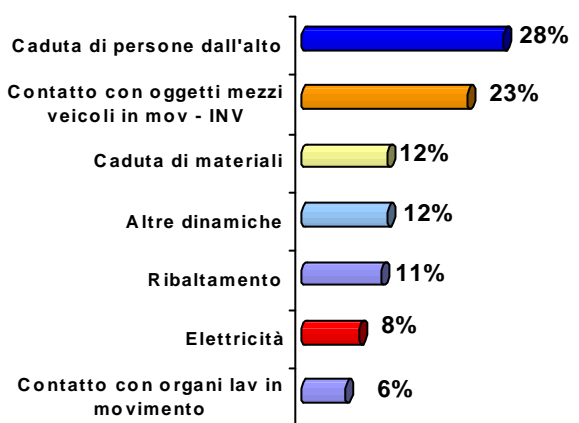
La strategia regionale di contrasto agli infortuni gravi e mortali prevede lo svolgimento di attività di controllo integrata da interventi di assistenza e di comunicazione sociale. In tale contesto primaria importanza rivestono le informazioni sulle dinamiche di accadimento degli infortuni che si ricavano dalle indagini svolte dai Servizi.

I risultati forniti dal monitoraggio degli infortuni mortali in Veneto, documentano come il 42% degli stessi avvenga in edilizia, il 17% in agricoltura e il 13% nella metalmeccanica, come di seguito indicato.

Principali COMPARTI PRODUTTIVI
Anni 2002 – 2004 e 2007



Principali DINAMICHE
Anni 2002 – 2004 e 2007



Le principali dinamiche vedono coinvolte le cadute dall'alto, il crollo di materiale, il ribaltamento o la perdita di controllo di mezzi di sollevamento o di trasporto.

I rischi mortali prevalenti sono le cadute di persone dall'alto, il contatto con oggetti, mezzi o veicoli in movimento (compresi gli investimenti ed il ribaltamento).

Le evidenze sopra illustrate vanno a comporre una linea strategica regionale di prevenzione che prevede l'incremento dei livelli di controllo in edilizia ed in agricoltura finalizzandoli primariamente al contrasto delle cadute dall'alto e del ribaltamento dei trattori e allo stesso tempo la promozione di iniziative normative indirizzate al contrasto dei pericoli di caduta dall'alto nella manutenzione degli edifici.

Il numero degli infortuni gravi (invalidanti) e mortali nell'ultimo triennio (2006-2008) è di circa 2500 casi all'anno (escluso itinere e stradali). I mortali sono 50. Il comparto produttivo prevalente è quello delle costruzioni (quasi un quarto degli eventi gravi). A seguire metalmeccanica, servizi ed agricoltura. I quattro comparti insieme coprono quasi i due terzi del totale.

La pianificazione della Direzione Regionale Prevenzione assegna annualmente ai Servizi SPISAL l'obiettivo di valutare ed indagare tutti gli infortuni gravi e mortali di cui abbiano notizia, sia ai fini di giustizia penale che delle possibili azioni di prevenzione.

La direttiva emessa dalla Procura Generale della Repubblica il 24.04.2008 indica alle ULSS l'obiettivo di garantire l'intervento immediato nel caso di infortuni gravi e mortali, oltre che di garantire le indagini nei casi previsti dalla legge (artt. 589 e 590 del C.P.).

Nel 2009 il monitoraggio dell'attività dei Servizi documenta come il numero di segnalazioni di casi di infortunio pervenute/acquisite dagli Spisal ammonti a circa 72000. Il grado di copertura del bisogno di indagini previsto per legge è rappresentato dagli infortuni mortali, gravissimi e gravi che comportano un intervento in condizioni di emergenza.

Di queste sono state selezionati dai Servizi 2617 eventi da indagare ai sensi degli artt. 583, 589, 590 c.p.. Sono state effettuate inchieste su 2004 casi pari ad una copertura del 77%. Il riscontro di violazioni correlate all'evento è stato determinato nel 21% dei casi.

A fronte del dato medio ampie sono diversità fra gli Spisal: diverse sono le modalità di acquisizione delle segnalazioni, quelle di registrazione e di effettuazione dell'indagine.

L'efficienza è prima di tutto determinata dalla capacità di selezionare gli infortuni, dedicando risorse alle inchieste complesse che portano alla definizione di responsabilità.

Pertanto nello svolgimento delle inchieste d'infortunio si ricercherà la massima efficacia, riservando l'indagine complessa ai casi che effettivamente evidenzino profili di responsabilità penale rispondendo così agli obblighi d'indagine previsti dalla legge (nota della Procura Generale di Venezia) ed a criteri di efficienza ed efficacia dell'azione di prevenzione.

Al fine di favorire l'accesso alle informazioni sugli eventi infortunistici nell'immediatezza del fatto agli ufficiali di polizia giudiziaria incaricati delle inchieste si è data indicazione alle aziende sanitarie di facilitare il collegamento informatico tra gli SPISAL ed il Servizio di Pronto Soccorso, in vista della garanzia della completezza delle informazioni pervenute e della conoscenza in tempo reale di tutti i casi accaduti nel territorio di competenza.

La Regione Veneto dal 2004 ha partecipato al progetto di implementazione del metodo di analisi degli infortuni gravi (conosciuto come "Sbagliando si impara") ed ora partecipa al coordinamento nazionale del sistema di sorveglianza infortuni mortali sostenuto da ISPESL – INAIL – Coordinamento delle Regioni.

La partecipazione al progetto nazionale del sistema di sorveglianza degli infortuni mortali è attiva dal 2005.

Nello stesso tempo, la Regione Veneto ha attivato un'apposita procedura di registrazione delle inchieste nell'ambito del software regionale di gestione delle attività SPISAL denominato PREVnet. Il personale dei Servizi è già adeguatamente formato essendo stati organizzati cinque corsi a partire dal 2004.

| Azioni | Tempi |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> implementazione in tempo reale in Pprevnet dei dati delle indagini svolte | continuativo |
| <ul style="list-style-type: none"> omogeneità sulle procedure di indagine, sui criteri per valutare gli eventi e per fornire indicazioni di prevenzione promuovendo il coordinamento tecnico tra gli operatori . | continuativo |
| <ul style="list-style-type: none"> Partecipazione e adesione del sistema veneto al gruppo di lavoro nazionale Informo (indagini infortuni mortali) | continuativo |
| <ul style="list-style-type: none"> Produzione di un report annuale | Dicembre 2010, dicembre 2011, dicembre 2012 |

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Aziende Lavoratori Servizi SPISAL |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Le azioni previste dal progetto sono intese a migliorare tutto il processo legato all'attività di inchiesta infortunio con il fine non secondario, legato al recupero di efficienza, di un miglior utilizzo delle risorse.

I risultati di processo attesi saranno:

- Omogeneità tra servizi SPISAL sulle modalità d'indagine degli eventi
- Registrazione tutte le segnalazioni di infortuni gravi e mortali nel software Pprevnet
- Effettuazione di indagini per tutti gli infortuni gravi e mortali.

Altri risultati:

- L'implementazione dell'osservatorio regionale sugli infortuni gravi e mortali basato sulle indagini registrate.
- l'alimentazione dell'archivio nazionale (INFOR.MO) sui i casi mortali come da protocollo nazionale
- la promozione di iniziative di prevenzione e di comunicazione sociale rivolte al contrasto dei rischi prevalenti.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|-----------------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| N° di casi registrati su N° dei casi selezionati (x100) | Sistema gestionale PprevNet | | 80% | 90% | | 100% | |
| N° di inchieste effettuate su N° infortuni selezionati | Sistema gestionale PprevNet | | 80% | 90% | | 100% | |
| | | | | | | | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|--|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Implementazione del modello regionale di Gestione della Sicurezza per la prevenzione degli infortuni lavorativi e delle malattie professionali nelle Strutture Sanitarie Pubbliche del Veneto |
|---|--|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.2 |
|---|------------|

| | |
|--|---------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.2.10 |
|--|---------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Mappatura degli infortuni e delle malattie professionali per macroaree e riduzione degli stessi attraverso la creazione di un Modello regionale di gestione degli Infortuni, incidenti, non conformità e comportamenti pericolosi. L'analisi epidemiologica evidenzia alcune particolarità nell'andamento di infortuni e malattie professionali nelle strutture sanitarie pubbliche della regione Veneto:

il tasso di incidenza per numero di addetti, sebbene sia più basso rispetto alle attività manifatturiere, non presenta la tendenza alla diminuzione registrata nell'ultimo decennio nella quasi totalità delle attività produttive; la presenza rilevante di lavoratrici, rappresentate maggiormente nelle fasce di età più giovane, pone questo comparto al vertice degli infortuni e delle malattie professionali per il genere femminile; la prevalenza del sesso femminile nelle fasce di età giovani e di quello maschile nelle fasce di età più elevate, si associa anche a diverse modalità di accadimento degli infortuni (oltre che a diversa incidenza) per sesso ed età. Tale situazione si presta pertanto ad uno studio che potrebbe avere rilevanti influenze sulla prevenzione. Per quanto riguarda la dinamica degli infortuni, si rilevano alcune modalità di accadimento tipiche:

- Caduta / scivolamento in piano o su scale
- Movimentazione di persone (pazienti)
- Infortuni (o incidenti) a rischio biologico.

L'analisi degli infortuni (ed il conseguente calcolo degli indicatori) dovrà essere eseguita per macro aree:
 ospedale
 servizi territoriali (distretto e dipartimento di prevenzione)
 servizi psichiatrici (dipartimento di salute mentale)
 servizi amministrativi e tecnici.

Inoltre per ricondurre gli eventi infortunistici alle attività svolte, sarà necessario analizzare gli eventi per aggregati di qualifica professionale; a tale scopo si propongono i seguenti gruppi:

- personale infermieristico
- personale di assistenza
- laureati sanitari
- tecnici (sanitari, di riabilitazione, di prevenzione/vigilanza)
- personale amministrativo e assimilato.

Da quanto sopra evidenziato è ipotizzabile un ampio margine di miglioramento nella conoscenza delle dinamiche infortunistiche o degli incidenti e, di conseguenza, nella prevenzione degli infortuni attraverso l'implementazione di un sistema di gestione della sicurezza.

Risultati

Uniformare le prassi operative dei SPP

Definizione di apposite misure preventive e correttive finalizzate alla riduzione di incidenti, infortuni, non conformità e comportamenti pericolosi.

Analisi epidemiologica del fenomeno infortunistico, delle malattie professionali e delle inidoneità nelle strutture sanitarie pubbliche nel biennio 2010-2012

Diffusione dei risultati del progetto

Attività

Definizione e diffusione di un modulo per la rilevazioni delle non conformità, degli incidenti e dei comportamenti pericolosi

Conduzione sperimentale delle indagini post infortunio/incidente a cura del Servizio di Prevenzione e Protezione e Medico Competente

Implementazione sperimentale del Modello regionale

Monitoraggio attraverso audit periodici

Definizione e attuazione degli interventi di prevenzione dopo il primo periodo di osservazione

Elaborazione della versione definitiva del Modello regionale di gestione degli infortuni, incidenti, non conformità e comportamenti pericolosi

Realizzazione di adeguati momenti informativo-formativi per la promozione della cultura della segnalazione

Definizione di un Modello di relazione annuale degli infortuni, delle malattie professionali e delle inidoneità

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Lavoratori delle Aziende Sanitarie Locali del Veneto. Direzioni Servizi di Prevenzione e Protezione delle Aziende Sanitarie Locali. |
|-----------------------|--|

| 7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: | | | | | | | |
|--|--------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| Riduzione degli infortuni, delle malattie professionali e delle malattie correlate al lavoro nei lavoratori delle strutture sanitarie. | | | | | | | |
| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
| | | ATTESO * | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| I.F infortuni | Registro infortuni | 4,8% | | Riduzione del 10 % | | Riduzione del 10 % | |
| I.F malattie professionali | Registro infortuni | 1 % | | | | | |
| Gg di assenza per infortunio o malattia professionale di competenza Inail | Registro infortuni | 22600 gg. | | Riduzione del 10 % | | Riduzione del 10 % | |
| % di idoneità parziali | Art. 40 | 12 % dei visitati | | | | | |

* dati 2008

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Promozione della salute nei lavoratori autonomi |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.2.11 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Il numero di lavoratori autonomi è aumentato in modo rilevante negli ultimi anni e durante la loro attività sono esposti agli stessi rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori dipendenti. L'analisi del fenomeno infortunistico evidenzia come gli autonomi siano più esposti a rischio infortunistico rispetto ai lavoratori dipendenti: infatti, l'incidenza dei casi invalidanti e mortali risulta doppia rispetto agli altri lavoratori, mentre l'incidenza degli incidenti più lievi è più bassa di quella dei dipendenti, spiegabile con una mancata denuncia per tali eventi.

Per quanto riguarda le malattie professionali, non esistono dati certi sul fenomeno riguardante gli autonomi: sicuramente esiste una sottostima del problema per mancata volontà di denuncia da parte dell'interessato, ma anche perché l'eventuale patologia non viene diagnosticata, non esistendo per questa popolazione lavorativa una sorveglianza sanitaria fatta da uno specialista competente in medicina del lavoro.

Nonostante questa situazione preoccupante i lavoratori autonomi non sono stati tutelati dalle norme in materia di sicurezza e salute sul lavoro come i lavoratori dipendenti.

Il Decreto Legislativo 81/2008 ha recepito solo in parte le raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea (Raccomandazione UE 2003/134/CE). L'art. 21 infatti ha esteso la tutela normativa, ai componenti dell'impresa familiare, ai lavoratori autonomi che compiono opere e servizi ai sensi dell'art. 2222 del c.c. , ai coltivatori diretti del fondo, ai soci delle società semplici operanti nel settore agricolo, agli artigiani e ai piccoli commercianti prevedendo l'obbligo di utilizzo di dispositivi personali di protezione e all'impiego di attrezzature sicure, conformi alle norme vigenti, mentre lasciando facoltativo l'avvalersi della sorveglianza sanitaria e della formazione. Tuttavia il lavoratore autonomo che vuole lavorare all'interno di un cantiere edile ha comunque l'obbligo di dimostrare di aver ricevuto la formazione adeguata ai rischi presenti e di aver l'idoneità sanitaria (vedi allegato XVII del Titolo IV del D.Lgs. 81/08).

In questo ambito di discrezionalità di tutela si colloca il presente progetto con l'intento di rafforzare le tutele professionali di questa categoria di lavoratori, attraverso azioni di assistenza, formazione e sorveglianza sanitaria realizzate dai servizi SPISAL del Veneto

I servizi SPISAL del Veneto possono infatti offrire ai lavoratori autonomi:

- prestazioni sanitarie per la sorveglianza sanitaria.
- interventi formativi per gruppi omogenei di rischio lavorativo
- certificazione di avvenuta formazione e di idoneità sanitaria utilizzabile dagli autonomi come requisiti dell'idoneità tecnico professionale ai sensi dell'allegato XVII del D.Lgs. 81/08

La sorveglianza sanitaria proposta non è incompatibile con gli interventi di vigilanza assegnati agli SPISAL, in quanto si rivolge a soggetti non obbligati ad avere il medico competente; inoltre presenta i seguenti vantaggi:

- rispondere alle esigenze della categoria che ha manifestato difficoltà a trovare professionisti (Medici Competenti) disposti a garantire loro la sorveglianza sanitaria;
- garantire la diagnosi e segnalazione delle eventuali malattie professionali con conseguente riconoscimento della tutela assicurativa.
- rappresentare un'occasione per riattivare le attività sanitarie dell'ambulatorio di Medicina del Lavoro che, negli ultimi anni, a seguito della dismissione di alcune pratiche mediche, si erano ridimensionate.
- costituire una fonte di introiti per il SSN, perchè si tratta di prestazioni a pagamento a carico del lavoratore autonomo.

Nemmeno le attività di assistenza e formazione proposte risultano incompatibili con i compiti di vigilanza assegnati agli SPISAL, in quanto rientrano nei compiti istituzionali di assistenza ai lavoratori; inoltre presentano i seguenti vantaggi:

- rispondere alle esigenze della categoria che ha manifestato difficoltà a partecipare alla formazione richiesta;
- migliorare, con un'attività di formazione mirata, la percezione del pericolo e favorire un comportamento coerente con i principi della sicurezza, contribuendo, in ultima analisi, alla riduzione degli infortuni

Piano d'Azione e Cronoprogramma

| Azioni previste | 2011 | 2012 |
|---|------|------|
| 1. Promozione del progetto presso i servizi SPISAL (formazione/sensibilizzazione, predisposizione di pacchetto didattico da utilizzarsi per i corsi) e comunicazione del progetto ai beneficiari (coinvolgimento delle parti sociali, campagna pubblicitaria, pubblicazione su stampa e siti web) | X | |
| 2. Formazione in materia di sicurezza sul lavoro per categorie omogenee (corso di almeno 4 ore) | | X |
| 3. Sorveglianza sanitaria (visite mediche e accertamenti sanitari mirati) | | X |
| 4. Rilascio di attestato di idoneità sanitarie e di formazione in sicurezza sul lavoro | | X |

Criticità

Nonostante una puntuale campagna divulgativa e l'appoggio delle associazioni, si può ipotizzare una scarsa adesione di lavoratori autonomi, per difficoltà da parte degli stessi di conciliare le esigenze lavorative con il tempo necessario a partecipare alle iniziative formative

6) Beneficiari

- lavoratori autonomi
- componenti dell'impresa familiare
- coltivatori diretti
- soci di società semplici operanti nel settore agricolo

I lavoratori autonomi dei vari comparti produttivi del Veneto sono circa 86.000 e rappresentano il 25% della forza lavoro. Nei comparti più a rischio come edilizia, agricoltura, trasporti, legno, quelli a cui si rivolge il progetto, raggiungono quasi il 60% delle PAT e si possono stimare in oltre 50.000 soggetti

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

L'obiettivo di salute che si intende perseguire è:

- la riduzione degli infortuni sul lavoro dei lavoratori autonomi attraverso gli interventi educativi e il miglioramento delle loro condizioni di salute attraverso la sorveglianza sanitaria.

Gli obiettivi di processo che si intendono ottenere sono:

- fornire ad una categoria di lavoratori finora esclusa da obblighi formativi in materia di sicurezza una formazione specifica sui rischi specifici derivanti dalle mansioni effettuate
- offrire una tutela sanitaria in medicina del lavoro ad una popolazione lavorativa finora esclusa dalla sorveglianza sanitaria.
- fornire la certificazione di avvenuta formazione in materia di sicurezza e di idoneità sanitaria necessarie per attestare l'idoneità tecnico-professionale di cui all'all. XVII D.Lgs 81/2008. attraverso .

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|--|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| N° di SPISAL che attivano il progetto | Schede regionali di rilevazione di attività dei servizi SPISAL | 50% dei servizi | | 100% dei servizi | |
| N° di certificazioni di idoneità professionale rilasciate | Schede regionali di rilevazione di attività dei servizi SPISAL | 80% delle richieste | | 100% delle richieste | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Promozione dei sistemi di gestione della sicurezza negli ambienti di lavoro |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.2.12 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato:

Al fine di eliminare o minimizzare i rischi professionali negli ambienti di lavoro è riconosciuto che l'adozione di un Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza del Lavoro (SGSL) costituisce una strategia organizzativa, non obbligatoria per legge, vantaggiosa per l'azienda poichè consente la definizione delle modalità per individuare le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione e di inserirle in un processo di analisi e miglioramento continuo.

La Regione Veneto, ha individuato quale strategia dell'azione di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il controllo non tanto degli aspetti formali quanto la verifica di quelli sostanziali, indicativi del livello di qualità dell'organizzazione della sicurezza dell'azienda.

In tale contesto si è giunti alla definizione di "Linee di indirizzo per la valutazione dell'organizzazione aziendale della sicurezza" e delle "Indicazioni Operative per valutare e promuovere l'organizzazione aziendale della sicurezza", che precisano le modalità di intervento degli SPISAL, allo scopo di promuovere la gestione della sicurezza.

Nell'anno 2010 la Giunta Regionale ha aperto un Bando di concorso per l'attribuzione di contributi alle Aziende per migliorare la gestione della salute e sicurezza sul lavoro cui hanno partecipato in totale 1830 aziende distinte in due tipologie (fino a 50 addetti e con più di 50 addetti).

La valutazione di ammissibilità dei progetti pervenuti ha comportato l'ammissione al finanziamento di 1359 aziende (960 fino a 50 addetti e 399 con più di 50 addetti)

Il finanziamento regionale stanziato consentirà l'erogazione del finanziamento a 241 aziende (196 fino a 50 addetti e 45 con più di 50 addetti)

Visto l'importanza strategica in termini di prevenzione dell'iniziativa ed il successo riscontrato presso le aziende a fronte dell'esiguo numero delle aziende finanziate è necessario dare continuità all'azione aprendo un'altra edizione dello stesso bando

| | |
|---|-------|
| Azioni | Tempi |
| • diffusione dell'iniziativa con coinvolgimento attivo delle associazioni datoriali e delle organizzazioni sindacali (referenti regionali); | 2011 |
| • apertura del bando | 2012 |
| • approvazione degli esiti istruttori con individuazione delle aziende assegnatarie del contributo e assegnazione del finanziamento alla ULSS referente di progetto | 2012 |
| Criticità: non presenti in quanto le azioni correttive sono state apportate a seguito dell'esperienza condotta con il Bando 2010. | |

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Aziende private e pubbliche con almeno un'unità produttiva nel territorio regionale (distinte tra aziende con meno di 50 addetti o più di 50 addetti.) |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Miglioramento della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro attraverso la promozione dell'organizzazione aziendale per la gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro (SGSL)

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|--|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Invio notifica di ammissione al finanziamento a tutte le imprese selezionate | DGR di approvazione delle graduatorie | | | 100% comunicazioni a aziende assegnatarie | |
| Progetti realizzati secondo tempistica | Documenti di rendicontazione progetti Graduatoria progetti finanziabili | | | 90% progetti finanziati | |
| Stakeholders coinvolti nella diffusione dell'iniziativa e dei risultati | Sito web, comunicazioni istituzionali | 100% associazioni datoriali e OOSS (referenti regionali) | | | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Programma Regionale per l'epidemiologia occupazionale e di sviluppo del sistema informativo in coordinamento con i flussi nazionali (INAIL, Informo, Mal Prof.) |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.2.5 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

L'art. 8 del DLgs 81/2008 istituisce il Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP); il decreto previsto dal comma 4 definirà le regole tecniche e il funzionamento del SINP e le regole per il trattamento dei dati. La ritardata emanazione di quest'ultimo provvedimento (atteso entro 180 giorni dalla pubblicazione in GU) costituisce una criticità anche per l'implementazione dei sistemi informativi regionali, non previsti dal Testo Unico, ma che appaiono essenziali in una logica di sistema in cui esistono flussi informativi intraregionali e bidirezionali tra livello nazionale e livello locale. I sistemi regionali dovrebbero costituire la giunzione tra gli enti locali e tra questi e il livello nazionale.

Il DLgs 81/2008 definisce chiaramente i contenuti, gli scopi e i vantaggi del sistema informativo ai fini della pianificazione, della programmazione e della valutazione delle attività di prevenzione per cui non è necessario riformularli. La fruizione del sistema è destinata in primo luogo ai soggetti istituzionali che operano nella prevenzione e che, per lo svolgimento delle proprie attività, possono accedere anche ad informazioni puntuali relative alla propria funzione ed area territoriale. Sia questi fruitori istituzionali che i portatori di interessi, quali sono i lavoratori, i loro rappresentanti, i datori di lavoro e le loro organizzazioni, potranno essere destinatari di informazioni aggregate e prive di dati sensibili.

La costituzione del SINP avviene al termine di un percorso avviato con il DPCM del 1986 che prevedeva il passaggio dei dati INAIL dall'Istituto Assicuratore alle regioni e alle ASL; la regione del Veneto è stata una delle prime a fare un uso centralizzato di queste informazioni per le proprie azioni di pianificazione e programmazione e, sulla base di questa esperienza, ha contribuito direttamente alla sottoscrizione del protocollo d'intesa del 2002 tra INAIL, ISPESL e Regioni che ha ulteriormente migliorato il contenuto dei flussi informativi. Nel 2003 la regione del Veneto ha costituito il C.O.R.E.O. (Centro Operativo Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale), ora denominato PREO (Programma Regionale Epidemiologia Occupazionale) con il ruolo principale di contribuire ai lavori del Gruppo Flussi, di supportare l'uso di questi dati da parte delle ASL e di diffondere elaborazioni di sintesi (atlanti) a supporto delle iniziative di prevenzione.

Il nuovo protocollo d'intesa sui flussi informativi, che coinvolgeva anche il Ministero del Lavoro, il Ministero della Salute e IPSEMA, ha costituito i presupposti poi formalizzati dal sopraccitato art. 8 del Testo Unico.

Contemporaneamente si sono sviluppate altre iniziative riguardanti specifici flussi informativi a cui hanno partecipato INAIL, ISPESL e le Regioni (ad esempio, Progetto infortuni mortali, Progetto MalProf); tutte queste iniziative sono destinate a confluire nel SINP e appare logico anche che l'organizzazione del sistema informativo regionale tenga conto di questa evoluzione razionalizzando la propria struttura in sintonia con il quadro di riferimento nazionale.

Nella costituzione del sistema informativo vi sono due elementi essenziali da considerare:

- L'aspetto tecnico strutturale informatico (che comprende hardware e software) e che, nel caso del SINP, è garantito da INAIL mentre a livello regionale il quadro deve essere ulteriormente definito e integrato per supportare questa attività.
- L'aspetto tecnico epidemiologico che riguarda i contenuti, le loro relazioni e la definizione di input e output in modo che il prodotto sia fruibile e utile per i soggetti che accedono ai flussi informativi nell'ambito delle attività di prevenzione. In questo compito rientrano anche i report periodici di dati aggregati, la gestione dei flussi in ingresso e in uscita dal punto di vista della qualità e della natura delle informazioni, la produzione di studi ad hoc su specifici problemi di prevenzione e tutte le altre attività a supporto della diffusione e dell'uso delle informazioni ai fini della prevenzione.

Questo progetto, sviluppato dalla struttura regionale che si occupa di prevenzione, riguarda il secondo dei due punti sopra illustrati, pur dovendosi necessariamente interfacciare con le strutture tecnico informatiche che gestiscono materialmente il sistema informatico sia a livello regionale che nazionale per le partecipazioni alle attività del SINP.

Le principali criticità per lo sviluppo del programma pertanto sono costituite da:

- Evoluzione normativa relativa al SINP
- Tempi e modalità di organizzazione del SINP; tipologia delle informazioni disponibili
- Modalità di sviluppo della piattaforma informatica su cui implementare il SIRP
- Disponibilità di informazioni provenienti dai flussi intraregionali
- Normativa sulla Privacy

ATTIVITA':

in alcuni casi si tratta di partecipare ad attività già avviate e gestite dal PREO, in altri casi di nuove attività o di trasferimento di attività già in corso per progetti preesistenti.

1. Partecipare su mandato della regione del Veneto e/o del Coordinamento Tecnico delle Regioni ai gruppi di lavoro tecnici che si occupano dei flussi informativi previsti dal SINP, ivi inclusi quelli preesistenti (Flussi informativi INAIL sugli infortuni, Mal Prof etc.)
2. Partecipare, su mandato della regione del Veneto, ai gruppi di lavoro regionali che hanno per oggetto flussi di informazioni o raccolta di dati relativi al quadro produttivo, al quadro dei rischi occupazionali, al quadro della salute e sicurezza dei lavoratori, al quadro degli interventi di prevenzione e vigilanza. Partecipare, per gli aspetti tecnico epidemiologici, allo sviluppo dei supporti informatici regionali, compresi quelli gestionali utilizzati a livello di ASL e destinati a ricevere o trasmettere flussi informativi pertinenti alla prevenzione nei luoghi di lavoro
3. Ricevere i flussi informativi intraregionali e dal livello nazionale.
4. Partecipare, su mandato della regione del Veneto, alle attività di monitoraggio del piano di prevenzione per le parti di propria competenza. Produrre elaborazioni di dati a supporto di altri progetti del piano di prevenzione.
5. Elaborare report periodici e a richiesta della direzione regionale a supporto della pianificazione delle attività di prevenzione a livello regionale, provinciale e di ASL utilizzando ed integrando tutte le fonti informative disponibili sui problemi specifici di volta in volta trattati
6. Fornire supporto informativo e formativo alle ASL sull'uso dei dati resi disponibili e sugli strumenti di accesso a tali dati
7. Produrre studi di natura statistico epidemiologica sul tema della salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di mappatura dei rischi e dei soggetti esposti o ex-esposti a rischi particolari

Cronologia delle attività

Predisposizione di un programma annuale con il cronoprogramma delle specifiche azioni da svolgere nell'ambito di quelle sopra indicate in funzione dell'evoluzione di livello nazionale e inter regionale e della disponibilità di flussi informativi

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | <ul style="list-style-type: none"> • Direzione regionale prevenzione • Servizi di prevenzione delle ASL • Parti sociali (relativamente alla diffusione di informazioni aggregate) • Lavoratori • SINP |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

g) Contribuire alla costruzione del sistema informativo regionale

h) Supportare le ASL per le attività di analisi dei dati puntuali o aggregati

Diffondere informazioni aggregate e integrate sul tema della sicurezza sul lavoro

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--------------------------|---|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Corsi di formazione | Direzione regionale – comitato di controllo | | 2 | >= 1 | | >= 2 | |
| Pubblicazioni periodiche | Direzione regionale – comitato di controllo | | 2 | >=2 | | >2 | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.2.6 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

In Regione Veneto è operativo dal 2000 un Registro regionale dei casi di mesotelioma, sviluppato in attuazione della legislazione nazionale che richiedeva ad ogni Regione, attraverso l'istituzione di un Centro Operativo Regionale (COR), una sorveglianza epidemiologica della patologia, da attuare attraverso l'identificazione di ogni nuovo caso, l'approfondimento anamnestico del singolo caso della pregressa esposizione a fattori di rischio, la trasmissione delle informazioni raccolte al Registro Nazionale del Mesotelioma, istituito presso l'ISPESL.

L'attività di identificazione, valutazione clinica, valutazione della pregressa esposizione a fattori di rischio è svolta da ciascun COR utilizzando metodi concordati e comuni, sulla base di linee guida rese esplicite e pubblicate (sito web: www.ispesl.it/renam).

Il Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma ha ricostruito l'incidenza della patologia tra i residenti del Veneto dal 1987 e svolge in maniera prospettica e continuativa l'attività di identificazione e approfondimento di ogni nuovo caso di mesotelioma che insorge tra i residenti del Veneto.

Il Registro del Veneto ha già trasferito all'ISPESL, come richiesto, le informazioni raccolte relativamente ai casi di mesotelioma insorti ed approfonditi per gli anni 1993-2004.

I dati trasferiti, insieme agli altri inviati dai COR delle rispettive Regioni, sono già stati oggetto di pubblicazione dei risultati (*volumi a stampa e sul sito web citato: Secondo, Terzo Rapporto del Registro Nazionale dei Mesoteliomi*) e di diverse pubblicazioni sulla letteratura scientifica medica.

Il Registro del Veneto ha, inoltre, curato in proprio la pubblicazione di due volumi a stampa per illustrare i dati raccolti e approfonditi, così come sono stati presentati approfondimenti su diversi argomenti nella letteratura scientifica medica.

Risultati attesi, attività

Per quanto riguarda la Regione Veneto, il progetto si propone, in primo luogo, di disporre di dati utili a fini epidemiologici:

1. per una epidemiologia descrittiva di questa specifica patologia, con l'elaborazione di indici di frequenza per genere, sede della patologia, analisi per area territoriale, andamento temporale;
2. per una epidemiologia eziologica della malattia, con la valutazione dell'associazione tra la patologia e la presenza di fattori di rischio, in particolare amianto e radiazioni ionizzanti.

Nella valutazione dell'associazione con l'esposizione ad amianto, l'obiettivo è descrivere la frequenza della patologia per probabilità di esposizione e per circostanza di esposizione (lavorativa, familiare, ambientale).

Nella valutazione dell'associazione con esposizione lavorativa ad amianto, dovrà essere raggiunto l'obiettivo di descrivere la frequenza della patologia per settore lavorativo, fino alla identificazione di *cluster* di casi per singola attività ed azienda produttiva.

Saranno, inoltre, sviluppate due ulteriori attività.

1. Per i soggetti affetti da mesotelioma sottoposti ad autopsia o in vita ad intervento chirurgico (pleuro-pneumonectomia) si intende raccogliere campioni di tessuto polmonare, per procedere ad analisi al Microscopio Elettronico del carico polmonare residuo di fibre di amianto e della loro tipologia.

Questo metodo è stato utilizzato estesamente in altri Paesi, ma non in Italia, dove le analisi finora svolte sono numericamente molto ridotte, pur in assenza di una disponibilità di misurazioni della concentrazione ambientale di fibre di amianto nelle situazioni lavorative o ambientali, presenti nel periodo di impiego dell'amianto.

Al fine di aumentare la disponibilità di dati, uguale ricerca e approfondimenti saranno svolti dal Registro mesoteliomi di Brescia ed a quello del Friuli Venezia Giulia.

2. L'attività di approfondimento del Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma ha portato ad individuare un numero elevato di situazioni lavorative (settori produttivi o singole aziende) in cui risultato aver lavorato *cluster* di casi di mesotelioma, individuando quindi situazioni di particolare problematicità in termini di intensità e caratteristiche dell'esposizione ad amianto.

Per molte di queste situazioni è ricostruibile, attraverso varie fonti (libri matricola, INPS, altro) una identificazione nominativa dei soggetti che hanno lavorato esposti ad amianto.

In aggiunta, devono essere esplorate altre fonti di informazione nominativa di ex-esposti ad amianto, tra le quali si indicano le seguenti.

La legislazione di fuoriuscita dall'amianto ha portato ad un numero elevato di domande di prepensionamento all'INPS per soggetti che hanno dichiarato e documentato di essere stati al lavoro, esposti ad amianto, per una durata non inferiore a 10 anni. Queste domande sono state o saranno oggetto di valutazione da parte dell'INAIL attraverso il proprio organismo tecnico (CONTARP).

In conclusione, è possibile pensare di raccogliere informazioni nominative ed una ricostruzione del periodo di lavoro con esposizione ad amianto per un insieme elevato di soggetti che possono essere oggetto di una sorveglianza epidemiologica passiva (valutazione prospettica di incidenza e mortalità per malattie asbesto-correlate) o attiva (sorveglianza sanitaria).

La Regione Veneto ha approvato proprie linee guida per la sorveglianza sanitaria degli ex-esposti ad amianto, che, in estrema sintesi, prevedono la possibilità di un contatto diretto tra ex-esposti e strutture del Servizio Sanitario regionale e, in funzione di una ricostruzione anamnestica che individui predefinite intensità di pregressa esposizione, l'effettuazione di accertamenti strumentali con periodicità e caratteristiche differenziate.

La ricostruzione nominativa di ex-esposti può risultare funzionale all'offerta del programma regionale di sorveglianza sanitaria.

Al fine di disporre di una valutazione della incidenza e mortalità del mesotelioma deve essere curato di:

- disporre con periodicità delle informazioni, disponibili a livello regionale, della mortalità per causa di interesse, cioè per tumore primitivo pleurico, tumore primitivo peritoneale, mesotelioma del pericardio e della tunica vaginale del testicolo, tutte identificabili attraverso codici specifici della ICD attualmente in uso;
- disporre con periodicità delle informazioni, disponibili a livello regionale, delle ospedalizzazioni per causa, identificando il sottogruppo delle cause di interesse, definibili come sopra attraverso i codici ICD
- mantenere periodici rapporti con le strutture di Anatomia Patologica, e con le principali strutture di diagnosi e cura, rapporti già presenti, perché queste segnalino tempestivamente allo SPISAL della AULSS di competenza o al Registro regionale ogni nuovo caso di mesotelioma.

Si noti che il dettato legislativo autorizza esplicitamente il Registro nazionale dei mesoteliomi e le sue articolazioni territoriali (COR) a ricercare e disporre di dati sensibili.

Al fine di disporre di informazioni sulla pregressa esposizione a fattori di rischio, in particolare ad amianto, deve essere curato di intervistare la persona quando in vita, essendo stato dimostrato che la qualità dei dati raccolti dai soggetti in vita è maggiore e più elevata dei dati raccolti dai parenti, anche se prossimi.

Per disporre di campioni di tessuto polmonare devono essere ricercati contatti con le strutture di Anatomia Patologica delle strutture ospedaliere dove si svolgano interventi di pleuro-pneumonectomia (in Veneto: OC di

Mestre, Az. Ospedaliera di Padova, OC di Castelfranco Veneto, Az Ospedaliera di Verona Borgo Trento) e con le strutture universitarie di medicina legale.

Per individuare nominativamente gli ex-esposti ad amianto deve essere curato di ricercare e memorizzare le informazioni presenti nei libri matricola aziendali, quando disponibili; deve essere stabilito un rapporto collaborativi con l'INPS per disporre delle informazioni memorizzate relative ai soggetti presenti al lavoro dal 1974 in avanti in specifiche aziende; deve essere stabilito un rapporto collaborativi con l'INAIL per disporre delle informazioni relative ai soggetti che hanno fatto domanda per ottenere benefici previdenziali come esposti ad amianto sul lavoro.

I dati raccolti devono essere interpretati e diffusi.

La loro diffusione deve essere previsto che avvenga attraverso la predisposizione di rapporti di sintesi e attraverso la comunicazione dei dati raccolti su richiesta o attraverso autonome iniziative, e attraverso la cura di approfondimenti sulla letteratura scientifica.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Lavoratori ex esposti ad amianto e le loro associazioni di rappresentanza |
|-----------------------|---|

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|-------------------|--|-----------|--|------------------------------|--|-------------------------------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Produzione di un report annuale di attività | report finale | | 1 | | 1 | | 1 |
| Interviste effettuate su lavoratori o ex lavoratori in vita affetti da mesoteliomi | report finale | | | | 90% delle persone proposte | | 100% delle persone proposte |
| analisi effettuate su campioni tessuti disponibili | report finale | | | | 80% dei campioni disponibili | | 100% dei campioni disponibili |

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto | Sviluppo evolutivo di miglioramento del Sistema informativo Regionale Prevetnet per la gestione delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.2.7 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Analisi strutturata del problema

A distanza di circa due anni dall'adozione del sistema informativo "Prevet" per la gestione delle attività dei Servizi SPISAL del Veneto è necessario realizzare lo sviluppo evolutivo del software e le conseguenti azioni di supporto e assistenza per gli utilizzatori affinché lo strumento informativo corrisponda compiutamente alle esigenze informative degli operatori, dei dirigenti dei Servizi e della Direzione Regionale e possa contribuire allo sviluppo di reti informative più ampie tramite interconnessioni con banche dati di altri enti a livello regionale e nazionale.

le criticità rilevate dal gruppo di miglioramento regionale che ha seguito fino ad oggi l'implementazione del sistema informativo sono le seguenti:

1. Le richieste del gruppo di lavoro regionale "miglioramento Prevet", formulate nel corso del 2009 e 2010, riguardanti sia l'aggiornamento che la revisione delle procedure sono state realizzate in minima parte. Il software presenta quindi alcune limitazioni e carenze che non soddisfano pienamente le richieste informative dei Servizi in particolare per le parti che riguardano le viste mediche, le malattie professionali, gli infortuni sul lavoro e la creazione dell'iter per la nuova sanzione amministrativa e la georeferenziazione dei cantieri;
2. Gli ambienti dei singoli Spisal sono ancora disallineati cosicché non vi è ancora una piena uniformità tra Servizi nell'utilizzo dei passi delle procedure, delle tabelle di riferimento e delle codifiche associate; ciò è dovuto al fatto che vi è ancora un discreto margine di libertà da parte degli utilizzatori nel definire le maschere, le tabelle e le codifiche nonché nel rendere obbligatori o meno la compilazione di campi;
3. Insufficiente è la circolazione delle informazioni nella rete Spisal cosicché non è sempre agevole venire a conoscere le criticità, raccogliere le richieste di modifica o di sviluppo nonché diffondere rapidamente le soluzioni ai problemi. Il gruppo di lavoro regionale si è dimostrato un ottimo strumento per condividere analisi e individuare le migliori soluzioni. Tuttavia si è riscontrato che il sapere comune che si è andato costituendo tra i partecipanti al gruppo non è stato trasfuso completamente all'interno dei Servizi soprattutto in quelli che non avevano rappresentanti all'interno del gruppo medesimo. Inoltre in alcuni casi il personale dei Servizi ha preferito rivolgersi direttamente ad Avelco senza informare il gruppo delle proprie necessità.
4. Sono ancora presenti tra gli operatori difficoltà nell'utilizzo del sistema informativo e a ciò contribuiscono la non sufficiente conoscenza da parte di alcuni operatori della logica con cui opera Prevet e la resistenza al cambiamento.
5. La Direzione Regionale non è in grado di verificare, attraverso l'estrazione automatica dei dati dai data base dei singoli Servizi, l'attuazione dei programmi di lavoro e il raggiungimento degli obiettivi in risposta alle richieste Nazionali e Regionali

6. Vi è scarsa integrazione di Prevnet con banche dati di ULSS e di altri enti (Regione, Camera di Commercio, Inail, Dpl...); questo limita la possibilità di usufruire on line, nel corso dell'attività ordinaria, di informazioni basilari quali i dati anagrafici degli utenti piuttosto che delle ditte o degli infortunati che renderebbero più agevole agli operatori la ricerca di questi dati e ridurrebbero i possibili errori di scrittura degli stessi; Si tenga inoltre presente che la condivisione di alcune informazioni di comune interesse tra gli enti di vigilanza garantirebbe un maggiore coordinamento tra gli stessi e faciliterebbe l'applicazione del D. Lgs 81/08 per gli aspetti che riguardano la sospensione dell'attività in caso di reiterazione di gravi violazioni da parte dello stesso soggetto

7. Attualmente Prevnet opera in tecnologia client-server che risulta essere "obsoleta" rispetto a quella web service che è decisamente più performante e funzionale per il sistema informativo regionale. In particolare il passaggio alla tecnologia web service consentirebbe di disporre di un ambiente uniforme per tutti gli Spisal, di un data base regionale in cui confluiscono le attività di tutti i servizi, di un facile monitoraggio a livello regionale degli obiettivi e delle attività, dell'immediato e contemporaneo aggiornamento del software, di costi di manutenzione più contenuti e di una più economica integrazione tra Prevnet e altri sistemi informativi.

Attività:

1.1 Manutenzione Ordinaria

1.2 Manutenzione Evoluzione

2.1 Web Cantieri a tutti i servizi Regionali

2.2 Modulo Gestione attività a tutti i servizi Regionali (Test ULSS12 ed estensione, formazione in Regione)

3.1 Creazione Gruppo Regionale – Mailing list

3.2 Ridefinizione Help Desk

4.1 Organizzazione Seminario in-formativi (1 Seminario Regionale per Responsabili)

4.2 Organizzazione Corsi ECM (20 Corsi ECM per area vasta per tutti gli operatori)

4.3 Aggiornamento Manuale Operativo

5.1 Report automatico con resoconto attività (Fattibilità, Preventivo Realizzazione)

6.1 Modulo georeferenziazione Web Cantieri (Fattibilità, Preventivo Realizzazione)

6.2 Modulo acquisizione notifiche cantieri via area pubblica, comunicazione via Pec (Fattibilità, Preventivo Realizzazione)

7.1 Modulo anagrafe Regionale in Prevnet/WebCantieri (Fattibilità, Preventivo Realizzazione)

7.2 Modulo Telemaco Prevnet/WebCantieri (Fattibilità, Preventivo Realizzazione)

7.3 Modulo Notifiche I° certificato infortunio (Fattibilità, Preventivo Realizzazione)

7.4 Possibili integrazioni con Enti Esterni (DPL INAIL INPS) (Studio)

8.1 Prevnet su web-application (Fattibilità, Preventivo)

Cronogramma:

| Nr. Azione | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
| 1.1 | X | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2 | | X | X | X | X | X | | | | | | | | |
| 2.1 | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | |
| 2.2 | | | | X | X | X | | | | | | | | |
| 3.1-4.1 | X | X | | | | | | | | | | | | |
| 3.2 | | | X | X | | | | | | | | | | |
| 4.2 | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 4.3 | X | X | X | | | | | | | | | | | |
| 5.1 | | | | X | X | X | | | | | | | | |
| 6.1-6.2 | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 7.1-7.2-7.3 | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 7.4 | | | | | | | | | | | X | X | X | X |
| 8.1 | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Sistema nazionale Prevenzione, Regione del Veneto, ULSS del Veneto, Enti territoriali di Prevenzione e Vigilanza nei luoghi di lavoro, operatori della prevenzione, la comunità lavorativa del Veneto |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Migliorare ed integrare lo sviluppo e l'utilizzo dei sistemi informativi regionali in tutte le Aziende Ulss del Veneto. Pertanto devono essere recepite ed attuate tutte le richieste riguardanti sia l'aggiornamento che la revisione di Prevnet formulate dal gruppo di lavoro regionale "miglioramento Prevnet" nel corso del 2009 e 2010 (vedi allegato). In particolare per le parti che riguardano le viste mediche, le malattie professionali, gli infortuni sul lavoro, la creazione dell'iter per la nuova sanzione amministrativa e la georeferenziazione dei cantieri.

2. Allineare gli ambienti dei singoli Servizi e l'operatività degli stessi in Prevnet mediante l'utilizzo corretto di tutte le procedure. Tutti i Servizi devono inoltre disporre ed utilizzare il modulo per la gestione integrata delle notifiche cantieri via web e il modulo integrativo di gestione delle attività degli Spisal, acquisiti e testati nella provincia di Venezia nel 2010.

3. Per facilitare la circolazione delle informazioni deve essere creata una rete di comunicazione (mailing list), deve essere ridefinita la composizione del Gruppo Regionale di miglioramento di Prevnet mediante l'inserimento di almeno un rappresentante di ciascuna Provincia e deve essere ridefinito l'help-desk di primo livello gestito da Avelco tramite l'Ing. Rabboni mediante la sola modalità mail inviata in copia anche al Gruppo di Lavoro. In tal modo si potrà avere la precisa conoscenza e documentazione delle richieste di assistenza nonché di feedback delle attività svolte da Avelco.

4. L'utilità dell'help-desk sarà anche quella di garantire una assistenza, affiancamento e sostegno continui nel tempo al personale operativo. Allo stesso scopo deve essere data continuità agli eventi formativi e di aggiornamento per tutti gli operatori dei Servizi e deve essere aggiornato il manuale per gli operatori.

5. Allo scopo di garantire all'Organo di Governo Regionale la possibilità di monitorare nel tempo l'attuazione dei programmi di lavoro ed il raggiungimento degli obiettivi, dovrà essere inviata automaticamente da Prevnet una mail, con cadenza mensile, contenente il report dei dati di attività riferiti agli indicatori previsti nelle richieste Nazionali e Regionali.

6. Evoluzione del modulo "web cantieri" con realizzazione di applicativo per georeferenziazione e per invio e acquisizione delle notifiche tramite PEC

7. Tutti i Servizi devono essere collegati all'anagrafe Regionale residenti, alla banca dati Aziendale della Camera di Commercio Nazionale (Telemaco) e al flusso informatico tra Pronto Soccorso e Inail (1° certificato infortunio) direttamente dal Sistema Informativo Prevnet per poter disporre di dati di facile acquisizione e di buon livello di qualità. Devono essere inoltre valutate le possibili integrazioni tra Prevnet, i Sistemi Informatici di ogni singola ASL e i Sistemi Informatici di Enti esterni quali DPL INAIL INPS ecc., allo scopo di sviluppare le connessioni necessarie alla condivisione delle informazioni anche relative agli interventi sul campo svolti dagli Enti Ispettivi.

8. Il passaggio del Sistema Informativo su piattaforma web ancorché necessario richiede però una attenta ed approfondita analisi e programmazione allo scopo di considerare tutte le possibili implicazioni e contestualmente di definire i passaggi obbligati per ottenere un prodotto che risponda puntualmente alle esigenze del Sistema della Prevenzione nei luoghi di lavoro Regionale

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|-------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| 1) Adozione in tutti Spisal delle procedure vigilanza, inchieste infortuni e malattie professionali, amianto, NIP, In-formazione | gruppo regionale | 100% spisal per le procedure di vigilanza | | 80% spisal per tutte le procedure | | 100% spisal per tutte le procedure | |
| 2) Estensione web cantieri a tutti Spisal Veneto-DPL | gruppo regionale | Spisal provincia di Venezia | | 80% spisal | | 100% spisal | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Sorveglianza sanitaria degli esposti ed ex esposti ad amianto e cancerogeni professionali |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.2.8 |

5) BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

La Regione Veneto negli anni 2000-2003 ha sviluppato un progetto sperimentale, promosso dal Ministero della Salute, che si proponeva di validare un protocollo per la sorveglianza dei lavoratori ex-esposti ad asbesto (Decreto Regionale n. 5094 del 1998). Il protocollo prevedeva di definire i livelli di esposizione per vari gruppi di "ex esposti" in diverse e particolari condizioni di lavoro e di realizzare un programma di screening per la diagnosi precoce di cancro polmonare usando come test di screening la tomografia assiale computerizzata spirale a basso dosaggio (TAC).

Le aziende con lavoratori ex esposti ad amianto sono state identificate attraverso le domande giunte all'INPS ai sensi dell'art. 13 L. 257/92. Tra queste sono state selezionate quelle che si riteneva fossero ad alto rischio di esposizione ad asbesto, a cui è stato richiesto l'elenco dei dipendenti esposti ad asbesto e dimessi a partire dal 1970.

Sono stati inclusi nel progetto di sorveglianza 1.119 lavoratori di sesso maschile.

Anche se l'età era giovane (media = 57.1 anni), l'esposizione cumulativa all'asbesto era molto elevata (media= 123.0 f/ml×anni). Le placche o gli ispessimenti pleurici sono stati trovati in 375 operai (32.2%), mentre 338 operai (29.0%) sono stati inclusi nel follow-up radiologico, che ha condotto a 25 biopsie (13 del polmone, 9 della pleura, 3 di entrambi) e a 5 casi di cancro polmonare (0.4%). Il tasso di cancro polmonare era 148.9 per 100.000, uguale a quello nella popolazione generale maschile di simile età residente nel Veneto. Nonostante l'esposizione cumulativa all'amianto fosse alta, il rischio di cancro polmonare non era più elevato rispetto a quello della popolazione generale. L'asbestosi e le placche pleuriche sono risultate associate con diversi aspetti dell'esposizione ad asbesto, mentre gli ispessimenti pleurici sono poco specifici per questa esposizione.

La prosecuzione della sorveglianza sanitaria ex esposti ad amianto e CVM, rispondendo ad una precisa richiesta del mondo del lavoro e del quadro normativo, è avvenuta attraverso la DGR n. 132/CR del 6 novembre 2007, prevedendo per tutti i lavoratori ex esposti ad amianto la sorveglianza sanitaria su domanda finalizzata alla diagnosi degli effetti non neoplastici della esposizione ad amianto.

L'effetto dell'attività indicata, comporta ogni anno l'accertamento di diversi casi di patologia professionale, soprattutto in provincia di Venezia. Annualmente la Direzione Prevenzione rendiconta alle associazioni di lavoratori ex esposti i risultati collettivi della sorveglianza sanitaria svolta e delle azioni programmate.

Tabella: Riepilogo dell'attività di sorveglianza sanitaria ex esposti ad AMIANTO negli anni 2006-2009

| AULSS Regione Veneto | Numero visite | Prime visite | Numero Tac(Rx) | Placche pleuriche | Asbestosi | Tumore polmonare | Mesotelioma |
|----------------------|---------------|--------------|----------------|-------------------|-----------|------------------|-------------|
| 2006 | 640 | 373 | 381 (40) | 38 | 3 | 5 | 1 |
| 2007 | 915 | 539 | 465 (89) | 57 | 6 | 5 | 4 |
| 2008 | 1071 | 544 | 383(111) | 79 | 12 | 4 | 1 |
| 2009 | 1230 | 564 | 506(134) | 70 | 5 | 3 | 4 |

Tabella: Riepilogo dell'attività di sorveglianza sanitaria ex esposti a CVM negli anni 2007-2009

| AULSS Regione Veneto | Numero visite ex esposti CVM | Numero ecografie | Numero TAC | Patologie prof. riscontrate |
|----------------------|------------------------------|------------------|------------|-----------------------------|
| 2007 | 167 | 130 | 30 | 5 (3 neoplasie) |
| 2008 | 308 | 210 | 45 | 0 |
| 2009 | 219 | 208 | 19 | 0 |

Azioni

1. Prosecuzione ed implementazione delle linee di azione degli Ulss per le attività sorveglianza sanitaria ex esposti ad amianto e CVM
- 2.1 Sviluppo informatico
 1. sviluppo archivio ex esposti in Prevnet
 2. sviluppo cartella clinica informatizzata tramite Prevnet
3. Incontri con rappresentanti dei lavoratori ex esposti, associazioni di categoria ...
4. Sviluppo della ricerca in collaborazione con l'Università di Padova dip. Medicina ambientale e Sanità pubblica

Risultati attivi

1. Sorveglianza sanitaria sui lavoratori ex esposti ad amianto e CVM che si presentano alle Ulss del Veneto
2. Ricerca in collaborazione con l'Università di Padova dip. Medicina ambientale e Sanità pubblica
3. Supporto epidemiologico di progetto e valutazione di indicatori

Risultati attesi

1. Garantire sorveglianza sanitaria sui lavoratori ex esposti ad amianto e CVM che si presentano alle Ulss del Veneto
2. Informare ed aggiornare le Aziende Ulss del Veneto sugli esposti ed ex esposti ad amianto e cancerogeni professionali di propria competenza
3. Confronto e discussione annuale tra Regione e stakeholders su risultati di progetto
4. Supporto epidemiologico di progetto e valutazione di nuovi indicatori
5. Sostegno ad un riconoscimento medico legale ed assicurativo nei confronti dei lavoratori
6. Permettere azioni di prevenzione (es. astensione dal fumo di sigaretta)

| Azioni | Tempi |
|--|-----------------------|
| Prosecuzione ed implementazione delle linee di azione degli Ulss per le attività sorveglianza sanitaria ex esposti ad amianto e CVM | Continuativo 2010 -12 |
| Sviluppo informatico <ul style="list-style-type: none"> • sviluppo archivio ex esposti in Prevnet • sviluppo cartella clinica informatizzata tramite Prevnet | Annuale Dal 2011 |
| Incontri con rappresentanti dei lavoratori ex esposti, associazioni di categoria | Continua |
| Sviluppo della ricerca in collaborazione con l'Università di Padova dip. Medicina ambientale e Sanità pubblica | Continua |

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Lavoratori esposti ed ex esposti ad amianto e CVM in Veneto (visite circa 1.000 persone per anno) Associazioni di lavoratori |
|-----------------------|---|

7) OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI
Sviluppo della sorveglianza sanitaria degli esposti a cancerogeni professionali ed ex esposti ad amianto e CVM

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|---|--|---------------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| n° lavoratori ex esposti ad amianto visitati | Report pervenuti alla Regione dalle Ulss del Veneto | | 80% richieste | 90% richieste | | 100% richieste | |
| n° lavoratori ex esposti a CVM o altri cancerogeni visitati | Report pervenuti alla Regione dalle Ulss del Veneto | | 80% richieste | 90% richieste | | 100% richieste | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|--|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Miglioramento del sistema di sorveglianza sulle malattie professionali e sulle malattie correlate al lavoro |
|---|--|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.2 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.2.9 |
|--|--------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Numerosi studi hanno documentato che gli attuali sistemi di rilevazione e di valutazione sottostimano il fenomeno delle patologie correlate al lavoro, in particolare le patologie e a bassa frazione eziologica. Queste malattie pur essendo molto diffuse nelle popolazioni lavorative, non sono ancora oggetto di ricerca attiva come per esempio già avviene per i mesoteliomi.

La principale causa individuata (vedi figura 1), è la scarsa conoscenza del nesso causale tra malattia e rischi occupazionali da parte dei medici di medicina generale, medici ospedalieri, medici competenti.

Gli obiettivi del progetto individuati sulla base delle cause, sono da un lato favorire l'incremento delle diagnosi di malattia professionale (in particolare quelle a bassa frazione eziologica) e dall'altro prevenirne l'insorgenza attivando interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro.

Lo SPISAL della ULSS 12 Veneziana ha iniziato una collaborazione attiva con le direzioni mediche ospedaliere da circa 10 anni. Il risultato è stato un incremento delle segnalazioni di sospetta malattia professionale (soprattutto neoplasie apparato respiratorio). Risultando ancora carente il flusso delle segnalazioni ospedaliere sul fronte delle patologie ostearticolari e sulle allergopatie, lo SPISAL ha intrapreso un progetto pilota per l'individuazione di malattie professionali nei ricoverati. I risultati preliminari indicano la presenza di malattia professionale in un discreto numero di casi.

In tale contesto, lo SPISAL nel 2007 ha promosso la sottoscrizione di un protocollo d'intesa tra ULSS, INAIL e Procura della Repubblica per l'emersione delle malattie professionali perdute; successivamente nel 2009 tale protocollo è stato esteso a tutta la Provincia di Venezia con il coinvolgimento di ulteriori enti.

L'attuazione del progetto emersione malattie professionali "perdute" fornirà le buone pratiche validate che saranno messe a disposizione della rete regionale degli SPISAL.

| Azioni | Tempi |
|---|------------------------------|
| • Formazione dei medici ospedalieri | 2011 |
| • Definizione delle procedure e degli strumenti di lavoro | 2011 |
| • Raccolta dei casi sospetti nei reparti ospedalieri I | 2011-2012 |
| • Elaborazione di report di valutazione | Dicembre 2011, dicembre 2012 |

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | lavoratori affetti da patologie lavoro-correlate medici ospedalieri direzioni mediche ospedaliere medici competenti medici spisal Inail |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

- Implementare il modello di sorveglianza attiva sui casi di patologie muscolo-scheletriche, tumori professionali (sede diversa dal polmone) ed allergopatie diagnosticate in regime di ricovero.

Le carenze individuate nel sistema di segnalazione indicano la necessità di intraprendere iniziative formative a tema dedicate ai medici delle strutture di diagnosi e cura e delle direzioni mediche ospedaliere pubbliche e private.

È altresì necessario migliorare gli strumenti di raccolta dell'anamnesi lavorativa e dei dati diagnostici anche con ausilio di guide predisposte per la segnalazione diretta da parte del medico di reparto con la mediazione delle direzioni mediche ospedaliere.

Il ruolo delle direzioni mediche è considerato strategico per il sistema di sorveglianza così strutturato per la loro funzione di controllo e verifica sulle attività sanitarie ed il rispetto delle norme, nonché di interfaccia con le strutture esterne.

In mancanza di sufficiente personale medico dello SPISAL in grado di raccogliere direttamente i dati di interesse nei reparti ospedalieri, la strategia adottata è stata quella di assegnare il ruolo di fonte di segnalazione al medico di reparto.

I casi così pervenuti allo SPISAL vengono tutti valutati allo scopo di selezionare i casi di sospetta malattia professionale. I singoli casi sono successivamente approfonditi da parte di un medico del lavoro dello SPISAL. La conferma del nesso causale professionale comporta la compilazione del primo certificato di malattia professionale e le attività di PG eventualmente necessarie. Lo SPISAL provvede a fornire l'informazione di ritorno sul singolo caso alle direzioni mediche ospedaliere.

Il sistema gestionale PREVNET è il sistema adottato per espletare l'inserimento dati e produrre la documentazione specifica.

E' prevista la periodica acquisizione da parte dello SPISAL dei dati informatizzati dei ricoveri per patologia per le operazioni di controllo/verifica sulla completa segnalazione dei casi.

E' necessario lo sviluppo di linee guida, documenti di consenso e periodici report divulgativi in collaborazione con i centri di riferimento regionali allo scopo di migliorare l'individuazione del nesso causale professionale da parte dei medici segnalatori.

La collaborazione tra gli enti preposti, già formalmente concordata, si basa sul ruolo di coordinamento dello SPISAL sia a livello locale che provinciale. La partecipazione dell'INAIL in questa piattaforma di lavoro è fondamentale (vedi figura 1); il confronto diretto e sistematico sul fronte delle malattie professionali deve diventare costante ed efficace.

- Prevenire l'insorgenza delle malattie professionali a bassa frazione eziologica tramite l'attività di controllo nelle aziende. Il miglioramento della conoscenza dei fattori di rischio responsabili delle patologie professionali prima misconosciute contribuirà alla pianificazione di specifici e mirati interventi preventivi in quelle aziende dove la malattia lavoro correlata si è manifestata nonché alla divulgazione di buone pratiche in azienda.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|-------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| N. segnalazioni pervenute allo SPISAL per le patologie in studio (a bassa frazione eziologica) | Registro casi | | | +10% del dato storico | | +30% del dato storico | |
| N. nuovi casi di malattia professionale /casi pervenuti | Registro casi | | | | | | |
| N. interventi preventivi in ambito lavorativo | Registro casi | | | 50% previsti | | 80% previsti | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|--------------------------------|---|
| 2) Titolo del programma | Programma regionale di prevenzione degli incidenti domestici |
|--------------------------------|---|

| | |
|---|--------------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.3 4.2 |
|---|--------------------|

| | |
|--|------------------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.3.1 4.2.1 |
|--|------------------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale e contesto

Gli incidenti domestici rappresentano un problema di sanità pubblica di grande rilevanza. Diversi paesi europei e extra-europei hanno avviato già da alcuni anni politiche di prevenzione e sicurezza al fine di ridurre la portata di tale fenomeno.

La Comunità europea ha avviato un programma per la sorveglianza e il monitoraggio di tali accadimenti, attraverso la vigilanza sugli eventi che accedono alle strutture dell'emergenza.

Gli infortuni domestici, rispetto all'infortunio sul lavoro ed agli incidenti stradali, non appaiono ancora "definiti" giuridicamente in modo univoco, tuttavia la relazione sullo stato sanitario del paese gli ascrive tra le cause evitabili ed in particolare rappresentano la quinta causa di morte evitabile.

La definizione comunque ormai accettata è la seguente : "Ogni infortunio avvenuto entro le mura domestiche e sue pertinenze (garage, balconi , cantine, cortili, orti, scale condominio, ecc.) che abbia comportato il ricorso a cure mediche".

Secondo i dati ISTAT in Italia si evidenziano circa 3.500.000 infortuni all'anno con un incremento nell'ultimo decennio pari al 20%: la più frequente modalità di incidente, è la caduta (con percentuali dal 40 al 45%), seguita da urti (in media 17%) e tagli (in media 16%). Queste tre meccaniche complessivamente comprendono circa l'80% delle modalità di accadimento degli incidenti.

La sorveglianza PASSI evidenzia come anche nella Regione Veneto sia scarsamente percepito il rischio di subire un infortunio tra le mura domestiche (Sistema di sorveglianza PASSI Veneto Rapporto 2007), in particolare, il 92% degli intervistati lo ritiene basso o assente: gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne e persone con molte difficoltà economiche hanno una più bassa percezione del rischio rispetto a chi ha meno difficoltà la presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) sembra non influenzare la percezione del rischio Si evince inoltre che le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti: si stima, infatti, che poco più di una persona su quattro ne abbia ricevute, con una variabilità territoriale spiccata. Aspetto questo da non sottovalutare, anche in considerazione che molte delle cadute dell'anziano in ambito domestico potrebbero essere evitate, così come molti infortuni nei bambini. Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media (18 e 13% di tutti gli intervistati), meno il personale sanitario (2%) o i tecnici (4%). Interessante, però, il dato che nel Veneto il 30% di coloro che avevano ricevuto informazioni riferisce di aver modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra gli uomini, tra chi convive con anziani e bambini e tra chi ha un'alta percezione del rischio.

Risulta, dunque che: a) le informazioni sono ancora insufficienti; b) sono state ricevute da mass media e in modo non specifico da operatori qualificati; c) la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al tema . E' evidente pertanto la necessità di una maggiore attenzione alla prevenzione degli infortuni domestici con la messa in campo di un ventaglio di attività informative, formative e preventive anche atte a migliorare la

sicurezza strutturale delle abitazioni, in particolare tra i gruppi di popolazione più vulnerabili quali i bambini e gli anziani.

Il Programma regionale di prevenzione degli incidenti domestici si sviluppa su quattro aree progettuali delle quali seguono le specifiche schede:

- Area 1: “Baby bum. Cambia la vita, cambia la casa” Promozione di corretti comportamenti per prevenire gli incidenti domestici nei bambini tra 0 e 3 anni di vita, tramite l'intervento degli operatori sanitari.

- Area 2: “Giocasicuro” e “Affy Fiutapericoli” Promozione di corretti comportamenti per prevenire gli incidenti domestici nei bambini tra 3 e 6 anni di vita, tramite la realizzazione di appositi progetti nella Scuola dell'Infanzia.

Trattamento

- Area 3: Promozione di corretti comportamenti per prevenire le cadute degli anziani mediante il coinvolgimento dei MMG

- Area 4: Promozione di corretti comportamenti per prevenire le cadute degli anziani mediante azioni di sensibilizzazione dei caregiver

| | |
|------------------------|--|
| 1) Titolo del progetto | Area 1 - “Baby bum. Cambia la vita, cambia la casa” Promozione di corretti comportamenti per prevenire gli incidenti domestici nei bambini tra 0 e 3 anni di vita, tramite l'intervento degli operatori sanitari. |
|------------------------|--|

2) Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale e contesto

Tra i gruppi maggiormente a rischio per incidenti in ambito domestico vengono identificati, insieme agli anziani, i bambini in età scolare: si stima, infatti, che in età pediatrica i decessi per incidente domestico siano circa 400 all'anno, contro i circa 200 per incidente stradale.

Tra i bambini le cause principali di infortunio sono rappresentate da traumi provocati da mobili o da altre parti dell'abitazione come finestre, porte e parti strutturali, e dalle cadute.

È riconosciuto un rischio aumentato in alcune ore del giorno come in alcuni giorni della settimana (prefestivi e festivi) ed in particolari situazioni familiari (trasloco, nascita di un fratello).

La geografia dei luoghi domestici più pericolosi è la seguente: cucina, soggiorno, bagno.

I fattori di rischio coinvolti nella genesi degli incidenti domestici sono per i bambini:

- le condizioni abitative (assenza di impianto elettrico a norma, di cancelli di sicurezza per scale e balconi, di ganci per il fissaggio di mobili alle pareti etc..)
- le caratteristiche dei giocattoli, elettrodomestici, farmaci, prodotti chimici per la pulizia..
- il comportamento di mancata sorveglianza dei genitori

È evidente pertanto la necessità di una maggiore attenzione alla prevenzione degli infortuni domestici nella fascia di età 0-3 anni con la messa in campo di un ventaglio di attività informative, formative e preventive anche atte a migliorare la sicurezza strutturale delle abitazioni.

Principali risultati raggiunti ad oggi

- Informazione/formazione sulla promozione della sicurezza domestica nel bambino degli operatori sociosanitari che si rapportano con i genitori dei bambini nei primi anni di vita (pediatri, assistenti sanitari, ostetriche, infermiere delle Pediatrie e dei Consultori), con copertura del 100% delle Aziende Ulss e Ospedaliere regionali e coinvolgimento nell'attività di 2252 operatori.

- Costruzione di una rete di referenti aziendali specifica per il target bambini 0-2 anni.

- Realizzazione e distribuzione di materiali informativi relativi alla necessità di apportare modifiche nella propria casa e nel proprio comportamento quando nasce un bambino e man mano che cresce: 400.000 pieghevoli, atti ad essere inseriti nel libretto pediatrico, destinati ai genitori dei bambini nella fascia 0-3 anni.

I depliant sono 4 per ogni nato, specifici per le diverse fasce di età (0-6 mesi, 6-12 mesi, 12-24 mesi, oltre 24 mesi). Sono disponibili anche nelle traduzioni in inglese, arabo e cinese. I canali di distribuzione (punti nascita, ambulatori vaccinali, ambulatori dei Pediatri di libera scelta) sono stati concordati con i singoli referenti delle Aziende Socio-Sanitarie e Ospedaliere, condividendo la rete della campagna nazionale GenitoriPiù.

Il progetto “Baby bum. La vita cambia, cambia la casa”

Tale progetto è riferito alla promozione della sicurezza domestica dei bambini da 0 a 3 anni persegue i seguenti obiettivi:

1. Consolidamento e formalizzazione della rete regionale già esistente di referenti per l'età pediatrica.
2. Formalizzazione dei percorsi intra-aziendali di consegna ai genitori del materiale informativo già prodotto e distribuito alle Aziende Ulss del Veneto; tale consegna dovrebbe, infatti, essere eseguita dagli operatori sanitari in opportuni momenti di contatto.
3. Conoscenza del fabbisogno formativo degli operatori in relazione ai contenuti e alle modalità di comunicazione del rischio domestico ai genitori.

Le azioni previste sono le seguenti:

1. Riunione con i referenti e condivisione delle modalità più idonee al raggiungimento della formalizzazione della rete e dei percorsi intra-aziendali per la diffusione da parte del personale sanitario dei materiali destinati ai genitori
2. Verifica dell'avvenuta formalizzazione, tramite modalità da concordare
3. Raccolta, con idonei strumenti, del fabbisogno formativo ed eventuale elaborazione di un piano formativo, eventualmente in collaborazione con il programma Genitoripiù

Nelle annualità successive si prevedono le seguenti azioni:

1. la realizzazione della formazione
2. la valutazione delle ricadute operative della stessa

| | |
|-----------------------|---|
| 3) Beneficiari | Bambini in età tra 0 e 3 anni, afferenti alle strutture del sistema sanitario nazionale del territorio regionale |
|-----------------------|---|

4) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Il progetto “Baby bum. La vita cambia, cambia la casa” riferito alla promozione della sicurezza domestica dei bambini da 0 a 3 anni, denominato persegue i seguenti obiettivi:

1. Consolidamento e formalizzazione della rete regionale già esistente di referenti per l'età pediatrica
2. Formalizzazione dei percorsi intra-aziendali di consegna ai genitori del materiale informativo già prodotto e distribuito alle Aziende Ulss del Veneto; tale consegna dovrebbe, infatti, essere eseguita dagli operatori sanitari in opportuni momenti di contatto
3. Conoscenza del fabbisogno formativo degli operatori in relazione ai contenuti e alle modalità di comunicazione del rischio domestico ai genitori

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|---|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Formalizzazione della rete dei referenti | Documento aziendale e/o regionale | | 0 | 40% delle Az.ULSS | | + 20% dell'osservato o al 31/12/2011 | |
| Formalizzazione | Documenti aziendali che descrivono i percorsi | | 0 | 20% delle Az.ULSS | | + 20% delle Az.ULSS | |

| | |
|-------------------------------|--|
| 1) Titolo del progetto | Area 2 - “Giocasicuro” e “Affy Fiutapericoli” Promozione di corretti comportamenti per prevenire gli incidenti domestici nei bambini tra 3 e 6 anni di vita, tramite la realizzazione di appositi progetti nella Scuola dell'Infanzia |
|-------------------------------|--|

| |
|---|
| 2) Breve descrizione dell'intervento programmato |
|---|

Razionale e contesto

Per quanto riguarda l'età pediatrica, è fuor di dubbio che la tutela e la sicurezza dei bambini piccoli è responsabilità totale dei genitori e degli adulti che se ne prendono cura quotidianamente. E' possibile e utile però, parallelamente, incoraggiare i bambini e le bambine ad essere consapevoli dei pericoli affinché, lentamente, imparino a proteggersi e a evitarli.

E', dunque, importante avviare precocemente un'azione di prevenzione centrata sull'assunzione da parte del bambino di corretti comportamenti personali e sociali alla scoperta dell'ambiente in cui vive, attraverso il coinvolgimento, oltre che dei genitori, anche degli insegnanti della Scuola dell'Infanzia, in grado di proporre ai piccoli attività finalizzate a sviluppare conoscenze ed abilità utili alla prevenzione degli incidenti che possono avvenire in casa, a scuola, in giardino...

Da molti anni nella Regione del Veneto è in atto un percorso di promozione della sicurezza domestica , in collaborazione con la Scuola dell'infanzia e Primaria, denominato “Giocasicuro”, il cui obiettivo generale è mettere in grado il bambino di utilizzare in modo corretto i giochi all'aperto (scivolo, giostre..) e i giocattoli, sviluppando la capacità di riconoscere le situazioni a rischio, ed i cui obiettivi specifici sono di tipo conoscitivo, attitudinale e comportamentale.

Il progetto “Giocasicuro” e “Affy Fiutapericoli”

Tale progetto è riferito alla promozione della sicurezza domestica dei bambini da 3 a 6 anni, persegue i seguenti obiettivi:

4. costruzione e/o consolidamento della rete regionale di referenti per il progetto di promozione della sicurezza domestica nelle Scuole dell'Infanzia
5. sperimentazione del nuovo percorso didattico sviluppato dal CCM, denominato “Affy Fiutapericolo”, destinato alle insegnanti di Scuola dell'infanzia

Le azioni previste sono le seguenti:

4. ricognizione degli operatori che conoscono ed utilizzano “Giocasicuro”
5. riunioni con tali operatori ed altri interessati per la condivisione delle esperienze effettuate, la presentazione del nuovo materiale CCM, la raccolta delle adesioni al suo utilizzo
6. ricognizione, con idonei strumenti, dei bisogni formativi dei partecipanti e stesura di un percorso formativo
7. realizzazione del percorso formativo
8. inizio dell'utilizzo dei nuovi materiali nel corso dell'anno scolastico 2011-12

Per le successive annualità sono previste le seguenti azioni:

3. valutazione dell'utilizzo del nuovo progetto CCM
4. eventuale estensione del percorso formativo già effettuato
5. implementazione ed estensione nel territorio regionale del progetto “Giocasicuro” e/o “Affy Fiutapericolo”

| | |
|-----------------------|---|
| 3) Beneficiari | Bambini in età tra 3 e 6 anni che frequentano le Scuole dell'Infanzia del territorio regionale |
|-----------------------|---|

4) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Il progetto “Giocasicuro” e “Affy Fiutapericoli” riferito alla promozione della sicurezza domestica dei bambini da 3 a 6 anni, il cui obiettivo generale è avviare precocemente un’azione di prevenzione centrata sull’assunzione da parte del bambino di corretti comportamenti personali e sociali alla scoperta dell’ambiente in cui vive, persegue i seguenti obiettivi specifici:

1. Costruzione e/o consolidamento della rete regionale di referenti per il progetto di promozione della sicurezza domestica nelle Scuole dell'Infanzia.
2. Utilizzo del nuovo percorso didattico sviluppato dal CCM, denominato “Affy Fiutapericolo”, destinato alle insegnanti di Scuola dell'infanzia.

Si ritiene di appoggiare come partner il progetto sperimentale “ Il bambino sicuro è...vita” proposto da MOICA.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|--|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| % operatori coinvolti nella rete/numero operatori coinvolgibili (almeno 1 per Azienda Ulss) | Documento con firme di presenza | | 0 | 50% delle Az.ULSS | | + 50% del valore osservato al 31/12/2011 | |
| % di scuole dell'infanzia coinvolte in un progetto di promozione della sicurezza domestica / numero di scuole dell'infanzia del territorio regionale | Relazione del referente aziendale del progetto | | 0 | 1% | | 5% | |

| | |
|-------------------------------|---|
| 1) Titolo del progetto | Area 3 - Promozione di corretti comportamenti per prevenire le cadute degli anziani mediante il coinvolgimento dei MMG |
|-------------------------------|---|

2) Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale e contesto

I fattori di rischio coinvolti nella genesi degli incidenti domestici per gli anziani sono:

- lo stato di salute e l'uso di alcuni farmaci
- la condizione psicologica (depressione, solitudine)
- le abitudini e comportamenti (vita sedentaria, deficit nutrizionali ..)
- le condizioni abitative
- il mancato o inappropriato utilizzo di ausili per la deambulazione

E' evidente pertanto la necessità di una maggiore attenzione alla prevenzione degli infortuni domestici nella popolazione anziana.

Tale progetto di promozione di corretti comportamenti per prevenire le cadute degli anziani si prefigge di raggiungere una delle principali popolazioni a rischio di incidente domestici attraverso l'assistenza primaria.

Le azioni che si svolgeranno saranno funzionali a creare un percorso di condivisione degli obiettivi di salute e delle azioni per raggiungerli con i Medici di Medicina Generale della Regione del Veneto, tramite:

1. la costruzione di un tavolo regionale con i referenti dei MMG
2. l'integrazione con il progetto per la somministrazione della vitamina D nella popolazione anziana
3. contatti con i tavoli aziendali per la contrattazione dei patti con le UTAP
4. formazione referenti UTAP

| | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| 3) Beneficiari | Popolazione anziana del Veneto |
|-----------------------|---------------------------------------|

4) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--------------------------------|------------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Esistenza del tavolo regionale | Verbali degli incontri | | 0 | Sì | | / | |
| Incontri con tavoli locali | Verbali degli incontri | | 0 | | | Sì | |

| | |
|-------------------------------|---|
| 1) Titolo del progetto | Area 4 - Promozione di corretti comportamenti per prevenire le cadute degli anziani mediante azioni di sensibilizzazione dei caregiver |
|-------------------------------|---|

2) Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale e contesto

I fattori di rischio coinvolti nella genesi degli incidenti domestici per gli anziani sono:

- lo stato di salute e l'uso di alcuni farmaci
- la condizione psicologica (depressione, solitudine)
- le abitudini e comportamenti (vita sedentaria, deficit nutrizionali ..)
- le condizioni abitative
- il mancato o inappropriato utilizzo di ausili per la deambulazione

E' evidente pertanto la necessità di una maggiore attenzione alla prevenzione degli infortuni domestici nella popolazione anziana.

Tale progetto di promozione di corretti comportamenti per prevenire le cadute degli anziani si prefigge di raggiungere una delle principali popolazioni a rischio di incidente domestici attraverso i canali dell'assistenza sanitaria, sociale e del volontariato.

Le azioni che si svolgeranno saranno funzionali a creare un percorso di sensibilizzazione ed empowerment dei caregiver, secondo i seguenti step:

6. Costruzione di una rete regionale di referenti per la materia
7. Mappatura delle attività di informazione/formazione per i caregiver degli anziani (badanti, operatori sociosanitari, volontariato) nei territori delle A.Ulss e Ospedaliere della Regione del Veneto che aderiscono al progetto (entro 2011)
8. Condivisione e realizzazione di materiale formativo da inserire nei percorsi individuati, finalizzato ad aumentare le conoscenze , le competenze e le abilità atte a promuovere la sicurezza domestica (entro 2012).

| | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| 3) Beneficiari | Popolazione anziana del Veneto |
|-----------------------|---------------------------------------|

4) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|---|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Esistenza della rete regionale dei referenti | Elenco dei nominativi degli operatori individuati dalle A.Ulss partecipanti | | 0 | 20% delle Az.Ulss | | + 50% del valore osservato al 31/12/2011 | |
| Produzione di materiale formativo | Documentazione relativa alla formazione effettuata | | 0 | Sì | | | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Programma di contenimento delle Malattie Infettive prevenibili con vaccino attraverso strategie efficaci per il mantenimento delle coperture vaccinali e per la vaccinazione dei gruppi e categorie a rischio |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.4 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.4.1 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Con DGR n. 4403 del 30/12/2005 la Regione Veneto ha introdotto il nuovo Calendario Vaccinale per l'età evolutiva, in conformità al Piano Nazionale Vaccini.

Considerato che la Regione del Veneto ha conseguito gli indispensabili requisiti quali il raggiungimento di elevate coperture vaccinali, la solidità operativa del sistema vaccinale e la maturità culturale della popolazione, il legislatore regionale ha ritenuto opportuno passare dall'obbligo vaccinale ad una scelta consapevole approvando la legge 23 marzo 2007 n. 7 "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva".

Con D.G.R. n. 411 del 26/02/2008 è stato approvato il Calendario Vaccinale della Regione Veneto che contempla non solo le vaccinazioni dell'età evolutiva ma tutte le vaccinazioni, affinché vengano date indicazioni chiare in un unico documento di riferimento della profilassi vaccinale.

Per il miglioramento del sistema vaccinale e il mantenimento delle coperture raggiunte, negli ultimi anni in ambito regionale sono state programmate e svolte numerose attività quali: azioni di informazione e sensibilizzazione della popolazione, di formazione continua degli operatori sanitari (personale dei servizi, pediatri di libera scelta), di controllo costante dei dati di copertura per monitorare la situazione.

Le azioni condotte hanno consentito il mantenimento di elevati livelli di copertura vaccinale per le vaccinazioni ex obbligatorie.

Per l'età adulta la Regione Veneto con DGR n. 55 del 19/01/2001 ha fissato i "Livelli uniformi di assistenza per la vaccinazioni dell'adulto contro l'influenza, il tetano, lo pneumococco":

- somministrazione annuale del vaccino antinfluenzale ai soggetti individuati e secondo le modalità previste dall'annuale programma ministeriale "Programma di prevenzione e controllo dell'influenza;"
- una dose di vaccino antipneumococco ai soggetti di età uguale o superiore ai 65 anni e alle persone che presentano malattie che li espongono ad un elevato rischio di forme invasive:
- ciclo base e richiamo contro il tetano nei soggetti di età uguale o superiore ai 65 anni.

Per quanto riguarda la formazione del personale, dal 2006 sono stati svolti corsi di formazione itineranti su argomenti riguardanti le vaccinazioni, il counselling in ambito vaccinale, la rosolia congenita e la vaccinazione anti-HPV per gli operatori dei servizi vaccinali, i pediatri di libera scelta, i medici di medicina generale, ginecologi, ostetrici, laboratoristi.

Nel 2008-09 sono stati progettati e poi realizzati nel 2010, due corsi Master di formazione a distanza (FAD) erogati con modalità Blended:

- Buone pratiche vaccinali, per gli operatori dei servizi vaccinali
- Individuazione e segnalazione delle reazioni avverse ai vaccini con particolare riguardo alle vere e alle false controindicazioni, per gli operatori dei servizi vaccinali e i pediatri di libera scelta.

Sono stati formati 50 operatori per ciascun corso ((2-3 persone per ASL tra medici, assistenti sanitarie, infermieri professionali, pediatri e ostetriche), che collaboreranno all'estensione dell'attività formativa a livello delle singole Aziende Ulss.

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

1. Mantenere elevati livelli di copertura vaccinale per i vaccini in calendario e consolidare la qualità dell'offerta vaccinale.
2. Perseguire un'adeguata formazione degli operatori dei servizi vaccinali e dei pediatri di libera scelta con particolare attenzione al personale di nuova assunzione. L'attività formativa sarà attuata con modalità blended/e-learning e con giornate residenziali/in aula per le seguenti tematiche:
 - Buone pratiche vaccinali
 - Individuazione e segnalazione delle reazioni avverse ai vaccini; aggiornamento sulle controindicazioni vere e false e counselling in ambito vaccinale.
 - Morbillo e rosolia congenita nell'ambito del Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-15
3. Individuare le strategie e incrementare le azioni per le coperture vaccinali dei soggetti appartenenti a specifiche categorie a rischio (implementare le vaccinazioni anti-meningiti batteriche nei soggetti splenectomizzati di qualsiasi età, promuovere la vaccinazione anti-epatite A per i figli di immigrati che si recano in zone endemiche, promuovere la vaccinazione per la rosolia delle donne in età fertile).
4. Individuare le strategie e incrementare le azioni per le coperture vaccinali per:
 - il vaccino antinfluenzale negli anziani e nelle categorie indicate dalla Circolare Ministeriale annuale
 - il vaccino antipneumococco nei soggetti di età uguale o superiore 65 anni e nelle persone a rischio di forme invasive
5. fornire indicazioni sui nuovi obiettivi perseguibili e sull'avvio di iniziative mirate di prevenzione vaccinale in seguito alla disponibilità di nuovi vaccini.

Indicatori

- Mantenimento dei livelli di copertura vaccinale medi regionali per i vaccini anti-difterite, tetano, poliomielite, epatite B pari al 95%.
- Mantenimento del tasso di copertura vaccinale medio regionale per MPR a 24 mesi pari al 92%.
- Mantenimento del tasso di copertura vaccinale medio regionale contro l'influenza della popolazione anziana (\geq 65 anni) del 70%.
- Incremento del tasso di copertura vaccinale medio regionale contro lo pneumococco nella popolazione di età uguale o superiore a 65 anni (40%)
- Costruzione del pacchetto formativo definitivo e diffusione a livello locale, in tutte le Aziende Ulss, on-line dei contenuti scientifici dei corsi: "buone pratiche vaccinali" e "individuazione e segnalazione delle reazioni avverse ai vaccini; aggiornamento sulle controindicazioni vere e false".
- Realizzazione di almeno una giornata di formazione sul tema: Morbillo e rosolia congenita nell'ambito del Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-15, per gruppo di formatori nel 1° anno e ripetizione a livello Aziendale nel 2° anno.
- Incremento del numero/anno di segnalazione degli eventi avversi, correlati alle vaccinazioni, con particolare attenzione alle reazioni gravi (progetto ad hoc).

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|--|---|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| | | 6) Beneficiari Indiretti: la popolazione regionale residente/domiciliata Diretti: nuovi nati (circa 45.0000/anno) Soggetti appartenenti alle categorie a rischio individuate | | | | | |
| Mantenimento delle coperture vaccinali per i vaccini anti-difterite, tetano, poliomielite, epatite B. | Servizio Sanità Pubblica e screening Regione | 95% | | 95% | | 95% | |
| Mantenimento della copertura per la vaccinazione MPR | Servizio Sanità Pubblica e screening Regione | 92% | | 93% | | 93% | |
| Mantenimento del tasso di copertura vaccinale per l'influenza della popolazione anziana (≥ 65 anni) | Servizio Sanità Pubblica e screening Regione | 70% | | 70% | | 70% | |
| Corsi FAD diffusione a livello locale, in tutte le Aziende | SISP Ulss 20 | 10% | | 50% | | 100 | |
| Realizzazione di almeno una giornata di formazione Morbillo e rosolia congenita | SISP Ulss 20 | 0 | | 25% | | 50% | |

Per Progetto 2.4.2 vedi Progetto 2.1.2 pag. 13

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto di consulenza prevaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione “Canale Verde” |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.4 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.4.3 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Nell'ambito delle attività finalizzate a garantire un elevato standard di qualità nella profilassi vaccinale, nel 1993 la Direzione per la prevenzione della Regione Veneto ha istituito il progetto “Canale Verde” per la consulenza prevaccinale offerta a tutte le ULSS regionali e la sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione. Con D.G.R. n. 939 del 18/3/2005 il progetto è stato consolidato con l'istituzione del Centro Regionale di Riferimento “Canale Verde”, successivamente ridenominato Programma Regionale di Consulenza prevaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione “Canale Verde”, con sede presso l'U.O. di Immunologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, come da convenzione approvata con D.G.R. n. 4020 del 22.12.2009 e finanziamento previsto dalla DGR n. 1610 del 15/6/2010.

Il Programma, nell'ambito delle proprie funzioni, svolge le seguenti attività:

- Consulenza specialistica sulla ammissibilità alla vaccinazione di persone con particolari problemi di salute da offrire alle strutture sanitarie e ai medici vaccinatori;
- consulenza prevaccinale e postvaccinale in caso di reazioni avverse;
- raccolta ed analisi critica delle segnalazioni di reazioni avverse alle vaccinazioni;
- gestione del database degli eventi avversi a vaccinazione e monitoraggio degli esiti delle reazioni avverse gravi;
- sorveglianza attiva di particolari eventi avversi a vaccinazione;
- redazione di un rapporto annuale sui casi di reazioni segnalate;
- collaborazione con la Direzione Regionale Prevenzione al fine di garantire il costante aggiornamento degli operatori sanitari impegnati nell'attività di vaccinazione e lo sviluppo di materiali informativi rivolti alla popolazione per permettere una accettazione consapevole della pratica vaccinale.

Le relazioni annuali sono pubblicate sul sito web della regione Veneto e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (www.ospedaleuniverona.it/Servizi/Canale-Verde).

In sintesi, nell'ambito della sorveglianza regionale delle reazioni avverse a vaccini, sono state analizzate e classificate 5006 schede di notifica del periodo 1993-2008; il tasso medio di segnalazione è stato pari a 2,3/10.000 dosi somministrate. Le manifestazioni segnalate nelle schede ritenute causalmente correlabili (4719 – 94,3%), sono state classificate in base al grado di severità in lievi (3006), rilevanti (1446) e gravi (267). Queste ultime, pari a 0,1/10.000 dosi somministrate, includono 71 reazioni locali e 196 eventi sistemici, che si sono risolti con completa restitutio ad integrum nel 95% dei casi. La sorveglianza degli eventi avversi ha fornito un quadro dettagliato della reale entità e distribuzione delle reazioni nel Veneto. Il tasso medio di segnalazione di 70 eventi per milione di abitanti pone questa regione tra le più attente alla sorveglianza.

Nel periodo 1992-2008 sono state effettuate 1280 consulenze pre- e post-vaccinali per il proseguimento della vaccinazione dopo una reazione avversa (658 casi – 51,4%), o per verificare la presenza di controindicazioni generali o specifiche (622 casi – 48,6%). Un giudizio di idoneità alla vaccinazione è stato espresso in 998 casi (78%), specificando le modalità di esecuzione routinaria o con precauzioni quali ambiente protetto o altro. Di

questi, il 72,5% è stato sottoposto alla vaccinazione richiesta e nessuno ha riportato eventi avversi gravi. Con l'attività di tele-consulenza per gli operatori sanitari a mezzo telefax o e-mail sono stati complessivamente forniti 2133 pareri, talvolta con carattere di urgenza, su 2614 casi clinici e 396 argomenti generali.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Personale addetto alle vaccinazioni, pediatri di famiglia, cittadini; autorità sanitaria responsabile della programmazione delle vaccinazioni |
|-----------------------|---|

| |
|---|
| 7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: |
| <ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione; - Vaccinazione in sicurezza di soggetti a rischio di reazione con misure cautelative personalizzate; - Aggiornamento del personale sulla sicurezza dei vaccini; informazione di ritorno sulle reazioni avverse agli operatori addetti alle vaccinazioni; - Supporto al progetto di sospensione dell'obbligo vaccinale e alla programmazione regionale delle vaccinazioni; - Promozione del modello di sorveglianza del Veneto a livello nazionale e internazionale. |

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|---|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Reazioni avverse gravi a vaccini in soggetti giudicati idonei dopo consulenza | Database consulenze del Canale Verde (Programma cartelle) | <1% | | <1% | | <1% | |
| Monitoraggio degli eventi avversi gravi a vaccino notificati (*) | Database schede di segnalazione del Canale Verde (Programma Access) | 95% | | 95% | | 95% | |

(*) Il Canale Verde richiede la documentazione clinica e analizza tutti i casi di sospetta reazione grave a vaccino notificata nella regione Veneto. L'attività di monitoraggio è effettuata fino a completa guarigione. Il valore dell'indicatore dipende dal grado di collaborazione e disponibilità a fornire i dati richiesti da parte del soggetto che effettua la notifica

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Software unico per la gestione delle vaccinazioni |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.4 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.4.4 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale

La vaccinazione é un atto medico preventivo sicuro ed efficace, offerto attivamente a un numero molto elevato di persone

Scopi generali

AI fini di consentire una standardizzazione e omogeneizzazione delle modalità organizzative e operative nelle sedi vaccinali della Regione del Veneto, nonché il confronto tra dati omogenei raccolti.

Allo scopo di rilevare l'attività eseguita nelle Aziende ULSS della Regione del Veneto per consentire la valutazione dei livelli medi di copertura vaccinale per le vaccinazioni indicate nel piano nazionale vaccini.

Per consentire il monitoraggio preciso e puntuale dei soggetti non vaccinati, è stato avviato un progetto di informatizzazione dell'anagrafe vaccinale nelle Aziende ULSS n.3 e n.5 della Regione del Veneto e proposta di un software unico regionale per la gestione informatizzata delle vaccinazioni con d.g.r. n.2603 del 07 agosto 2007.

Gli obiettivi di questo progetto sono:

- Governare il sistema software già in produzione e operativo in 12 Aziende ULSS della Regione del Veneto;
- Estendere il nuovo software gestionale per le vaccinazioni al massimo numero di ULSS possibile;
- Completare la formazione degli utenti utilizzatori;
- Definire le linee guida e l'applicazione di queste in ambito operativo attraverso un sistema informativo con funzionalità adeguate e caratteristiche omogenee;
- Garantire il debito informativo nei confronti del Ministero della Salute e della Regione del Veneto;
- Introduzione e messa a punto di uno strumento di B.I. (Business Intelligence) in grado di fornire indicatori e informazioni strutturate ai referenti organizzativi, al fine di supportare decisioni strategiche sia in ambito aziendale che Regionale.

Attori

Direzione Prevenzione – Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Direzione Controlli e Governo SSR – Servizio Sistema Informativo SSR

Unità Operative coinvolte nei programmi di vaccinazione delle Aziende ULSS della Regione del Veneto

Possibili criticità

Problemi di ordine organizzativo all'interno delle Unità operative coinvolte, turn-over del personale utilizzatore del software

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Unità Operative coinvolte nei programmi di vaccinazione delle Aziende ULSS della Regione del Veneto e, indirettamente, la popolazione che beneficia di tali programmi |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Obiettivi di processo

Attivare l'applicativo software regionale nel maggior numero di Aziende ULSS della Regione del Veneto
Formare gli operatori che operano nell'ambito dei programmi vaccinali

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|----------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| N° di Ulss attivate | Monitoraggio interno | 12 | 12 | 16 | | 18 | |
| Ulss attivate % Personale formato all'utilizzo dell'applicativo sw | Monitoraggio interno | 40 % | | 60 % | | 80 % | |

| | |
|---|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto "Prevenzione dell'aids e delle altre malattie a trasmissione sessuale nelle scuole secondarie di secondo grado" |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.6 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.6.2 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

PREMESSA EPIDEMIOLOGICA

In Italia oltre 60 mila persone sono malate di AIDS (dati fino al 31 dicembre 2008), mentre il serbatoio dell'infezione da HIV è ancora ampio: si stima che i sieropositivi nel nostro Paese siano oltre 150.000. Nella Regione Veneto sono circa 3.400 i casi di AIDS registrati dall'inizio dell'epidemia e circa 350 nuove infezioni da HIV all'anno.

Dai dati del Sistema di sorveglianza veneto dell'HIV, l'epidemia dell'infezione da HIV nel Veneto è in costante evoluzione, essendosi stabilizzata con un tasso annuo di incidenza di circa 7/100.000 abitante (praticamente stabile negli ultimi 4 anni) ma, grazie all'aumento della sopravvivenza legato alle terapie antiretrovirali, ad un aumento della prevalenza costantemente attestatosi sopra il 3,5% annuo. La popolazione con infezione da HIV residente nella Regione Veneto ha raggiunto nel 2008 i 10.447 casi. A questi poi si dovrebbero aggiungere le persone che non sono ancora a conoscenza della propria infezione e che, attraverso il metodo di cattura e ricattura, si calcola siano più di 4.000.

Così sempre più il fenomeno HIV/AIDS si presta a una doppia lettura.

Una faccia della medaglia, quella positiva, ci dice che l'incidenza di AIDS (la malattia conclamata), che aveva toccato una punta massima di oltre 5.500 nuovi casi nel 1995, è andata declinando a partire da metà del 1996. Dal momento che il numero di decessi (circa 200) è stato inferiore a quello dei nuovi casi, la prevalenza di persone viventi con AIDS nell'ultimo anno è in aumento (si stimano oltre 21.500 pazienti viventi con AIDS). La diminuzione dei nuovi casi di AIDS non è però da attribuire a una diminuita incidenza delle nuove infezioni da HIV, quanto piuttosto all'effetto delle terapie sempre più efficaci. Le terapie antiretrovirali, infatti, hanno rallentato la progressione della malattia (la durata del tempo di incubazione dell'AIDS, che era di circa 10 anni, oggi è almeno raddoppiata), riducendo sia il numero dei pazienti che evolvono in fase conclamata che il numero dei decessi.

Esiste, però, **l'altra faccia della medaglia, quella negativa**. L'aumento della sopravvivenza determina un incremento del numero delle persone sieropositive viventi (ne stimiamo, oggi, almeno 150.000), e una parte di queste continua ad avere rapporti sessuali non protetti, magari perché inconsapevole del proprio stato di contagiosità. Ciò può contribuire alla diffusione dell'infezione, come testimoniato dall'elevato numero di nuove infezioni (circa 3.500/4.000 l'anno) che si stima si verificano ancora in Italia.

Cambia l'epidemia e si modificano anche le caratteristiche delle persone colpite. Innanzitutto, aumenta l'età delle persone con AIDS, cambiano i fattori di rischio (la tossicodipendenza conta per meno del 10% dei casi; i contatti eterosessuali sono passati dal 15% nel 1997 al 45% nel 2008) e aumentano gli stranieri: questi rappresentavano meno del 3% dei casi segnalati prima del 1993 ma oltre il 22% oggi.

Ma il fenomeno più inquietante consiste nell'incremento delle persone che scoprono di essere sieropositive solo al momento della diagnosi di AIDS, ovvero in uno stadio di malattia molto avanzato. La percentuale degli "inconsapevoli" è aumentata dal 21 % nel 1996 al 60% nel 2008. Questo dato suggerisce che una parte rilevante di persone infette, soprattutto fra coloro che hanno acquisito l'infezione per via sessuale, ignora per molti anni la propria sieropositività: ciò gli impedisce di entrare precocemente in trattamento e di adottare quelle precauzioni che potrebbero diminuire il rischio di diffusione dell'infezione.

Anche per le altre Malattie a Trasmissione Sessuale (MTS), pur non essendoci al momento attuale informazioni certi sulla epidemiologia nella maggior parte dei Paesi, i dati attualmente disponibili parlano di una incidenza in continuo aumento. Le MTS (sifilide, gonorrea, clamidia e molte altre) sono uno dei più seri problemi di salute pubblica nel mondo: l'OMS stima una incidenza annua di 340 milioni di casi. La categoria più a rischio è quella dei giovani adolescenti: almeno 111 milioni di casi sono sotto i 25 anni di età e ogni anno un adolescente su 20 contrae una MTS curabile (senza contare le infezioni virali).

IL RAZIONALE DEL PROGETTO

L'AIDS, malattia sicuramente grave e con decorso incerto nonostante i progressi delle terapie e l'obiettivo di un vaccino tra qualche anno, non è scomparsa e continuano ad esserci, nella nostra Regione, decine di casi, che con l'informazione e i comportamenti corretti, potrebbero essere facilmente evitati: attività di prevenzione fondamentale con programmi di educazione alla salute della popolazione, i giovani in particolare, garantiti nel tempo e costanti nella loro applicazione.

Si tratta quindi, in un'epoca di bassa attenzione per l'AIDS è importante non abbassare la guardia, ma è quanto mai necessario programmare adeguati interventi di prevenzione.

Il Modulo Educativo Integrato (M.E.I.), che viene applicato senza soluzione di continuità dall'a.s. 2000 - 2001, è frutto di un Progetto Sperimentale della Regione Veneto che ha visto coinvolte nel triennio 2000-2003 4 Aziende ULSS (nr. 4 "Alto Vicentino", 12 "Veneziana", 13 "Mirano" e 19 "Adria"), coordinate dal dott. Fabrizio Guaita, Direttore del SEPS (Servizio Educazione e Promozione della Salute) dell'Azienda ULSS 13. Successivamente il Modulo è stato attuato (dopo specifica formazione degli operatori) in altre 4 Aziende.

Tale Modulo si fonda su alcune parole chiave: **informazione** semplice e corretta, intervento sugli **stereotipi e pregiudizi**, rinforzo della **comunicazione assertiva**, scelte di **prevenzione** efficaci. Particolare attenzione è stata prestata agli strumenti comunicativi, perché siano il più possibile "friendly" e coinvolgenti, lasciando parecchio spazio all'interazione con la classe e alla discussione di gruppo.

OBIETTIVI GENERALI

- mantenere bassi i tassi di incidenza dell'infezione HIV e delle altre MTS negli adolescenti;
- aumentare la consapevolezza e modificare il livello di percezione del rischio da parte degli stessi.

OBIETTIVI SPECIFICI

- aumentare le conoscenze sul tema, modificando gli atteggiamenti connessi;
- facilitare l'adozione di comportamenti preventivi dell'infezione da HIV e altre MTS;
- rinforzare le abilità collegate alla comunicazione efficace di tipo assertivo;
- intervenire sulle fasi di strutturazione dei pregiudizi e delle resistenze alla modifica di comportamenti a rischio;
- promuovere una riflessione sui temi dell'integrazione sociale delle persone sieropositive.

OBIETTIVI DI RISULTATO

- formare una équipe di operatori con diverse formazioni e professionalità, che successivamente possa attuare negli Istituti Scolastici il M.E.I.;
- definire strumenti, bisogni ed attenzioni organizzative necessarie per allargare l'applicazione dell'intervento educativo in tutte le Aziende ULSS della Regione Veneto.

CRITICITÀ ED OPPORTUNITÀ

- la promozione della salute tra gli/le adolescenti, a partire da quella riproduttiva, rappresenta una priorità assoluta in sanità pubblica, perché costituisce l'intervento con più alto valore aggiunto se si tiene conto che si ha a che fare con la sezione di popolazione che sta meglio, che è coinvolta nel processo della formazione e che quindi maggiormente può valorizzare il proprio patrimonio di salute e può irradiare, come vettore di promozione della salute, conoscenze, competenze e consapevolezza all'intera comunità sociale;
- l'argomento "AIDS" si intreccia con una serie di esperienze culturali, temi etici, scelte di vita, paure e pregiudizi, determinando situazioni di alto impatto emotivo e affettivo. Infatti è ancora molto radicata la convinzione che il problema dell'infezione da HIV è qualcosa che riguarda solo alcune

categorie di persone ed in special modo tossicodipendenti e omosessuali. Questa convinzione fa sì che si incontrino molte resistenze negli interlocutori che vanno ad aggiungersi a quelle relative alla sfera affettiva e sessuale, necessariamente coinvolte e già di per sé di difficile approccio;

- nel campo della salute è utile tener conto del fatto che le scelte personali ed i comportamenti non sono solo il frutto dell'informazione, ma verosimilmente sono dettate da conoscenze vecchie e nuove, da fattori culturali ed etici, da luoghi comuni assimilati nei diversi contesti di vita;
- se la qualità della comunicazione - non direttiva, modulata per superare le barriere sociali e culturali, basata sul rispetto e sull'empatia - è condizione necessaria per un programma di promozione della salute, l'offerta attiva delle attività costituenti il programma a tutta la popolazione "bersaglio" è la modalità organizzativa che può garantire l'impatto di sanità pubblica, e offre il primo test per la qualità della comunicazione.

ATTIVITÀ ED AZIONI

1. Formazione operatori

Gli operatori sanitari coinvolti nelle iniziative di educazione sanitaria nelle classi 3° degli Istituti Superiori potranno partecipare ad un **corso di formazione di base** della durata di 16 ore (per un massimo di 20-25 partecipanti) nel quale, accanto ad un aggiornamento dell'epidemiologia e delle caratteristiche cliniche dell'HIV e delle principali altre MTS, verranno illustrate le metodiche di coinvolgimento degli studenti con sessioni dedicate alle attività di role-playing, all'utilizzo di un videotape con "scenette" come spunto di riflessione e confronto, a simulate ed altro. Il gruppo degli operatori in formazione rappresenta pertanto efficacemente l'ambiente classe, con la sua ricchezza di interazioni e modalità espressive e relazionali diversificate, setting utile per l'apprendimento di abilità specifiche per la conduzione di gruppi, in particolare di classi di adolescenti.

Si prevede di attivare un totale di **12 corsi di formazione di base**, con il coinvolgimento di almeno 18 Aziende ULSS su 21 (6+3+3).

Ogni singolo anno saranno attivati dei **corsi di aggiornamento di secondo livello**, della durata di 8 ore, rivolto agli operatori già esperti, che peraltro necessitano di nuove tecniche di tipo animativo e di rinforzare le proprie abilità didattiche. Si ipotizza un totale di **9 corsi di secondo livello** (1+4+4).

2. Interventi a scuola

Sul piano operativo il progetto prevede l'applicazione agli studenti delle **classi 3° coinvolte** di un **Modulo Educativo Integrato (MEI)**, comprendente sia aspetti informativi che un approfondimento delle tematiche e delle possibili opzioni preventive, utilizzando modalità di tipo attivo ed animativo, con l'obiettivo di modificare atteggiamenti e migliorare le abilità preventive. Ogni intervento in classe prevede due incontri di 2 ore (scolastiche) ciascuno, condotti da due operatori specificamente preparati, possibilmente uno con formazione sanitaria e uno di formazione psico-educativa.

Gli **strumenti** che vengono utilizzati nel percorso didattico sono:

- **Parte informativa:** utilizzando 39 **lucidi/slides**, suddivisi in 5 aree tematiche:
 - nozioni sull'infezione e sulle modalità di trasmissione (lucidi nn. 1 -14)
 - le malattie sessualmente trasmesse (lucidi nn. 15 -16)
 - il test e le modalità di esecuzione (lucidi nn. 17 - 22)
 - le scelte di prevenzione a disposizione (lucidi nn. 23 - 32)
 - alcuni dati epidemiologici (lucidi nn. 33 - 39)
- **Parte animativa: giochi-stimoli, esercitazioni e filmati** da utilizzare nello svolgimento dei percorsi didattici:
 - **approccio all'argomento (attività "rompighiaccio"):**
 1. brain-storming
 2. gioco-stimolo delle statue
 3. gioco-stimolo dei comportamenti a rischi
 - **approccio ai pregiudizi:**
 1. genere maschile e femminile
 2. la sedia della verità
 3. la palestra ("la signora Clelia")

- **esercitazioni sugli atteggiamenti e il confronto delle opinioni:**
 1. i punti di vista
 2. ostacoli e soluzioni
- **rinforzo dell'assertività:**
 1. brainstorming sulle caratteristiche verbali e non verbali dei comportamenti "assertivo", "passivo", "aggressivo"
 2. foglio di riflessione per studenti "Sono assertivo?"
 3. gioco-stimolo "Forzare ed essere forzati"
 4. gioco-stimolo "spostati"
- **i brani video "that's life"**
 1. La mia Gibuzi
 2. La macchina
 3. L'appartamento di Isabella

Tutto il materiale utilizzato per gli interventi sarà inserito in un CD-ROM che conterrà anche un manuale applicativo del modulo didattico, materiale che verrà consegnato al termine del corso di formazione e che potrà essere successivamente usato nell'attività didattica.

3. Interventi di II° livello di supporto e/o di rinforzo

Tali interventi utilizzano esperienze pilota già validate, con il duplice obiettivo di allargare il target e l'impatto del M.E.I. e di rinforzare comportamenti e atteggiamenti efficaci a livello protettivo. Tra le Buone Pratiche sperimentate in questi anni si possono annoverare:

- **testimonianze** da parte di persone sieropositive in classe;
- **interventi di peer - education;**
- **eventi in occasione della Giornata mondiale di lotta all'AIDS**, con l'utilizzo di tecniche animative e di peer – information;
- **interventi di sensibilizzazione ed informazione con i genitori** degli studenti coinvolti nell'attività in classe.

FASI E TEMPI

| Fase | Da | A |
|---|-----------------------|-----------------------|
| <i>Fase di programmazione</i> | <i>marzo 2010</i> | <i>settembre 2010</i> |
| <i>Fase di realizzazione formazione 1° annualità</i> | <i>ottobre 2010</i> | <i>dicembre 2010</i> |
| <i>Fase di realizzazione applicazione M.E.I. 1° annualità</i> | <i>gennaio 2011</i> | <i>maggio 2011</i> |
| <i>Verifica e valutazione 1° annualità</i> | <i>maggio 2011</i> | <i>giugno 2011</i> |
| <i>Fase di realizzazione formazione 2° annualità</i> | <i>settembre 2011</i> | <i>ottobre 2011</i> |
| <i>Fase di realizzazione applicazione M.E.I. 2° annualità</i> | <i>ottobre 2011</i> | <i>aprile 2012</i> |
| <i>Verifica e valutazione 2° annualità</i> | <i>maggio 2012</i> | <i>giugno 2012</i> |
| <i>Fase di realizzazione formazione 3° annualità</i> | <i>settembre 2012</i> | <i>ottobre 2012</i> |
| <i>Fase di realizzazione applicazione M.E.I. 3° annualità</i> | <i>ottobre 2012</i> | <i>aprile 2013</i> |
| <i>Verifica e valutazione 3° annualità</i> | <i>maggio 2013</i> | <i>giugno 2013</i> |
| <i>Verifica e valutazione intera triennialità</i> | <i>giugno 2013</i> | <i>dicembre 2013</i> |

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | <p>1. studenti delle classi 3° superiori:</p> <p>Tale target è stato scelto sia perché copre un'ampia percentuale della popolazione target (quasi il 90%), sia per l'elevato coinvolgimento emotivo nelle problematiche connesse (la sfera affettiva e sessuale), sia perché si tratta di una fascia di popolazione ancora in formazione sul piano della strutturazione della personalità, con idee e comportamenti meno stereotipati e rigidi e quindi più facilmente modificabili con interventi di sensibilizzazione, approfondimento e educativi. Inoltre l'inizio (in oltre metà dei ragazzi) di una fase di sessualità attiva, ancora a basso rischio, permette di affrontare temi quali quello del safer sex con la speranza di poter costruire una</p> |
|-----------------------|---|

“cultura” della protezione.

Dati popolazione scolastica veneto – Istituti secondari 2° grado

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Nr. Istituti Secondari Statali | 169 |
| Nr. classi III | ~ 1.700 |
| Nr. studenti classi III | ~ 36.900 |

Elaborazione: dati Ufficio Scolastico Regionale Veneto

Nell’arco dei 3 anni di implementazione del progetto si ipotizza di raggiungere l’80% del target previsto:

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Nr. Istituti Secondari Statali | ~ 135 |
| Nr. classi III | ~ 1.350 |
| Nr. studenti classi III | ~ 30.000 |

Alcune annotazione sui beneficiari studenti:

- gli adolescenti in particolare, solitamente bisognosi di sperimentarsi nell’agire, iniziano ad approcciarsi con l’esperienza sessuale, assumendo spesso comportamenti a rischio sia in questo ambito che in generale; pertanto, costruire il percorso formativo nel suo insieme ha richiesto un lavoro stimolante ma faticoso di riflessione, attenzioni, equilibri;
- il gruppo può essere un buon strumento ai fini della prevenzione, in quanto può svolgere una funzione di contenitore e amplificatore delle informazioni permettendo, attraverso il confronto guidato, una maggiore assimilazione dei contenuti in funzione dei comportamenti;
- l’informazione, quindi, è solo uno degli aspetti dell’intervento preventivo e – soprattutto quando rivolta agli adolescenti - per essere efficace va legata a contesti di vita, deve essere centrata su esperienze affettive “forti”, deve attivare curiosità, partecipazione e responsabilità: in altre parole è importante affrontare le tematiche relative all’infezione da HIV senza spaventare, creando inutili allarmismi;
- ma una comunicazione efficace deve anche guardarsi dal minimizzare mentre approfondisce situazioni quali la relazione fra sessi, le capacità assertive, le scelte in campo sessuale, i pregiudizi, facendo quindi emergere le risonanze affettive dell’argomento;
- se l’offerta attiva è la chiave di volta dei programmi di promozione della salute, l’essere gli/le adolescenti nella fase formativa e quindi scolarizzati, facilita i processi del coinvolgimento; in particolare si è scelto di intervenire nelle terze classi della scuola superiore, ritenendo che i ragazzi sedicenni avessero già affrontato (a scuola, se non personalmente) i temi della sessualità.

2. operatori delle Aziende ULSS della Regione Veneto

Si prevede di formare oltre 200 operatori delle Aziende ULSS coinvolte, prioritariamente dei Dipartimenti delle Dipendenze (medici, infermieri, assistenti sanitarie), accanto ad operatori di altri Dipartimenti/Unità Operative (Dipartimento per le Dipendenze, Consulteri Familiari, UOC Ostetricia,...).

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

- coinvolgimento di almeno l'80% dei beneficiari (studenti delle classi 3° superiori della Regione Veneto)
- formazione di nuovi operatori con abilità nella gestione del gruppo classe
- creazione di una cultura di prevenzione rispetto all'AIDS e alle altre MTS (da parte dei ragazzi) e di tipo educativo-didattico da parte degli operatori coinvolti
- riproducibilità e mantenimento degli interventi (MEI), inseriti nella attività routinaria dei Servizi

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|---|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| nr. classi 3° superiori in cui è attuata l'applicazione del M.E.I. | certificazione attività svolta effettuata dai singoli referenti di ULSS al termine dell'anno scolastico | 0 | | 600 | | 500 | |
| nr. nuovi operatori formati per singola Azienda ULSS; | registro delle presenze ai corsi di formazione | 110 | | 60 | | 50 | |
| nr. totale operatori che partecipano alla fase operativa negli Istituti Scolastici | certificazione numero e attività operatori effettuata dai singoli referenti di ULSS al termine dell'anno scolastico | 70 | | 110 | | 140 | |

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Miglioramento del sistema di sorveglianza sugli eventi epidemici e per la gestione del paziente con malattia tubercolare |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.6 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.6.5 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale

La sorveglianza in sanità pubblica si basa su tre caratteristiche fondamentali: la raccolta sistematica dei dati, l'aggregazione e l'analisi dei dati raccolti, il ritorno e la diffusione delle informazioni. L'obiettivo finale della sorveglianza è l'utilizzazione dei dati per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e per il monitoraggio dei programmi di attività, inteso come continua valutazione della relazione intervento-cambiamento.

Per garantire il raggiungimento di questi obiettivi il sistema di sorveglianza di sanità pubblica delle malattie infettive della Regione del Veneto è costituito da un serie di flussi informativi interconnessi tra di loro il cui livello di sintesi e approfondimento è diverso a seconda delle caratteristiche della malattia, della rilevanza delle informazioni necessarie e del tipo di programmi di controllo che vengono condotti. Particolare attenzione merita la sorveglianza sull'andamento della malattia tubercolare.

Nel corso del 2009 sono stati notificati 422 nuovi casi di TB, in diminuzione rispetto ai circa 550 casi degli ultimi anni. La riduzione ha interessato soprattutto gli italiani: più della metà dei casi di TB notificati nel 2009 è costituito infatti da soggetti stranieri, soprattutto romeni e marocchini.

Tra la popolazione autoctona e quella straniera si rilevano differenze soprattutto per quanto riguarda l'età: i casi italiani sono costituiti in gran parte da persone con età superiore ai 65 anni, mentre più giovane risulta la popolazione straniera interessata soprattutto nella fascia tra i 15 e 40 anni. Il numero di casi di TB "polmonare" è il doppio rispetto a quello di TB "extrapolmonare"; per quest'ultimo tipo le localizzazioni più frequenti sono i linfonodi periferici e la pleurite tubercolare. Il mantenimento della sorveglianza della malattia tubercolare permane una priorità insieme alla gestione del malato coordinata tra gli attori del dispensario funzionale.

6) Beneficiari

Dipartimenti di prevenzione, Servizi di Igiene e sanità Pubblica, Direzioni di Presidio Ospedaliero, Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, pneumologi, infettivologi, laboratori di microbiologia.

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo)

Obiettivo generale

Migliorare la sorveglianza in Sanità Pubblica potenziando le sue tre caratteristiche fondamentali: raccolta sistematica dei dati, aggregazione e analisi dei dati raccolti, ritorno e diffusione delle informazioni. E nell'ambito della malattia tubercolare riduzione della incidenza nella popolazione residente nella Regione Veneto (portarla a 10/100.000 complessivo, 7/100.00 negli autoctoni). Essendo questo obiettivo di difficilissima misurazione e non potendo escludere anche una possibile interferenza di fattori esterni al programma, si ritiene che il raggiungimento di obiettivi "specifici" sia sicuramente correlato al raggiungimento dell'obiettivo generale.

Obiettivi specifici:

1. Continuare con il sistema di sorveglianza già in atto nella Regione
2. Individuare i criteri per l'accreditamento del Dispensario funzionale avviato nelle ULSS per la prevenzione, diagnosi e trattamento della tubercolosi
3. Formazione ad hoc per il personale del dispensario funzionale
4. Migliorare la gestione dei pazienti con malattia tubercolare
5. Consolidare il sistema di sorveglianza di laboratorio della Tb

Realizzazione di un web service per l'integrazione dei flussi di sorveglianza e gestione dei contatti, gestione informatizzata dei moduli INPS, possibilità di collegamento per le strutture del dispensario, valutazione dell'inserimento di una scheda di follow-up del paziente

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|-------------------|--|-----------|---|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Stesura di un protocollo per l'integrazione dei flussi in collaborazione con il Servizio Informatico Regionale e l'Istituto Superiore di Sanità | | Bozza di documento | | Stesura del documento e applicazione nel 30% delle ulss | | applicazione nel 70% delle ulss | |
| Stesura di una procedura per il monitoraggio degli eventi epidemici | | | | Stesura del documento | | Avvio dell'applicativo | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|---|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Sorveglianza delle patologie correlate alle vaccinazioni. Il sistema di sorveglianza delle meningiti |
|---|---|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.6 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.6.6 |
|--|--------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Prosecuzione del progetto di sorveglianza delle patologie correlate alle vaccinazioni con particolare riguardo alla Sorveglianza della Malattie Batteriche Invasive. Il programma prevede la raccolta dei casi in collaborazione con i Laboratori di Microbiologia ad integrazione delle informazioni provenienti dai flussi già esistenti, al fine di valutare gli andamenti spazio temporali della patologia nella nostra Regione

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Decisori nell'ambito delle politiche vaccinali (Direzione della Prevenzione regionale e Dipartimenti di prevenzione). |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Il sistema di sorveglianza per le meningiti si prefigge l'obiettivo specifico di rilevare tutti i nuovi casi di infezioni invasive ad eziologia batterica, permettendo una descrizione il più esaustiva possibile dell'andamento epidemiologico di tali patologie nella Regione Veneto e una Razionalizzazione dei flussi informativi presenti.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|-----------------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Numero di report epidemiologici stilati durante l'anno (Numero di report spediti ai DP/anno) | Direzione della Prevenzione | | 2 | 3 | | 4 | |
| Percentuale di identificazione dei soggetti con malattia batteriche invasive (Numero di notifiche con MBI/numero totale notifiche)*100 | Direzione della Prevenzione | | 50% | 45% | | 40% | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto per la sorveglianza e la prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione e profilassi per i Viaggiatori Internazionali |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.6 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.6.7 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Al fine di coordinare e integrare le attività degli ambulatori che si occupano di medicina dei viaggi, con DGR n. 1695 del 29.06.2001 è stato istituito, presso l'Azienda ULSS 20 di Verona, il Centro di Riferimento Regionale per i Viaggiatori Internazionali. Con DGR n. 4532 del 28.12.2007 è stato, tra gli altri, ridefinito il Centro di Riferimento in Programma Regionale. Con D.G.R. n. 4023 del 28.12.2009 è stata approvata la convenzione tra la Regione Veneto e l'Azienda Ulss 20 di Verona per la conduzione del Programma per i viaggiatori internazionali.

Il Programma, nell'ambito delle proprie funzioni, svolge e pianifica la realizzazione delle azioni previste nel piano di attività annuale tra quelle esplicitate nella convenzione stessa quali:

1. supporto per la programmazione regionale riguardante la sorveglianza e la prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione;
2. riferimento regionale e coordinamento della rete tra gli ambulatori di medicina dei viaggi e le strutture infettivologiche della Regione;
3. iniziative, corsi di formazione e informazione (News) rivolte agli operatori degli ambulatori Viaggiatori Internazionali della Regione, ai MMG, ai PLS, ai medici e al personale sanitario dei reparti di Malattie Infettive e Tropicali e più in generale al personale sanitario del territorio regionale;
4. sorveglianza epidemiologica sulle malattie infettive e tropicali a rischio di diffusione in Italia collaborando alla realizzazione dello specifico "progetto per la sorveglianza delle malattie emergenti";
5. collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie (IZPVe) per le patologie trasmesse da vettori e per la sorveglianza delle zoonosi infettive a possibile trasmissione all'uomo;
6. stesura/aggiornamento di Piani di sorveglianza, prevenzione delle infezioni e lotta ai vettori di malattie infettive e tropicali emergenti come West Nile, Chikungunya e Dengue, in collaborazione con il gruppo di lavoro specifico (DGR n. 2178 del 08.08.2008);
7. sorveglianza delle reazioni avverse alle vaccinazioni effettuate e dei farmaci utilizzati per la profilassi antimalarica;
8. collaborazione con il Centro per le Malattie Tropicali dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar (VR) (Deliberazione del D.G. n. 453 del 06.08.2009) per:
 - consulenza post viaggio inerente le malattie infettive e tropicali;
 - studi clinici sulle patologie legate ai viaggi e sui mezzi di prevenzione (farmaci, uso di probiotici, insetticidi-repellenti);
 - ricerche cliniche ed epidemiologiche sulle malattie tropicali e parassitarie di importazione e non.

Particolare attenzione viene posta sulla sorveglianza della malaria e sull'attuazione delle azioni di prevenzione nei confronti di questa malattia particolarmente grave e ad esito fatale se non curata tempestivamente. La malaria infatti rappresenta ancora un grave problema mondiale come confermato dall'ultimo rapporto dell'OMS del 2009: facendo riferimento all'anno 2008 l'OMS stima 243 milioni i casi nel mondo, con 863.000 decessi. La maggior parte dei casi si sono verificati in Africa (85%), seguita dal continente Asiatico.

I casi di malaria nella nostra Regione sono diminuiti negli ultimi anni e questo stesso andamento si registra anche a livello nazionale. Il decremento dei casi notificati nel 2009 rispetto al 1999, anno in cui si è registrato il picco massimo di incidenza in Italia, è stato di circa il 40% nel Veneto (Tab 1).

Dall'analisi dei dati di segnalazione nel Veneto emerge che più dei due terzi dei casi di malaria riguarda stranieri che si ammalano sia poco dopo il viaggio di immigrazione in Italia sia, soprattutto, nei successivi viaggi di ritorno nel proprio paese d'origine per far visita a familiari ed amici (VFR). I figli di immigrati nati in Italia, quando viaggiano in paesi endemici sono a maggior rischio di sviluppare una malaria grave in quanto privi di immunità. Peralto anche gli immigrati adulti che vivono in Italia da molti anni hanno perso almeno in parte la loro immunità e sono attualmente ad elevato rischio di manifestare forme di malaria grave.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | viaggiatori internazionali e immigrati che rientrano nei loro paesi; popolazione della regione per le malattie emergenti |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

descrivere brevemente il beneficio di salute (ovvero in termini di esito di processo che ne rappresenta una proxy) che l'intervento si ripromette di ottenere:

1. Prevenzione e controllo delle malattie e dei rischi legati ai viaggi (infettivi, ambientali, comportamentali) mediante una corretta informazione, l'effettuazione delle vaccinazioni necessarie, la sorveglianza dei viaggiatori al rientro e l'individuazione di comportamenti scorretti durante il viaggio.
2. Prevenzione dei casi di malaria mediante l'adozione di adeguate misure di prevenzione dalle punture di zanzare e l'utilizzo di una corretta chemiopprofilassi antimalarica. Un'attenzione particolare va posta per i bambini, in particolare i figli di immigrati, nati in Italia, che si recano nei paesi di origine dei genitori.
3. Promozione della sorveglianza delle reazioni avverse alle vaccinazioni e alla chemiopprofilassi antimalarica.
4. Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e tropicali a rischio di diffusione in Italia.
5. Formazione del personale degli ambulatori viaggiatori internazionali della regione, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera scelta, Medici e Personale dei reparti di Malattie Infettive e Tropicali.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|---|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| N. casi di malaria/anno | U.O. Malattie infettive/tropicali, laboratori di microbiologia regionali | | < 200 | < 200 | | < 200 | |
| Indicatori educativi: % di operatori degli ambulatori Viaggiatori Internazionali aggiornati su patologie tropicali | Programma Regionale di riferimento per i viaggiatori internazionali(DGR n. 4023 del 22.12.2009) | | 80% | 90% | | 100% | |

(*) si ipotizza un aumento del n. di segnalazione dei casi per una maggiore sensibilizzazione del sistema di sorveglianza a seguito dell'attuazione del "progetto per la sorveglianza delle malattie emergenti".

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Zoonosi emergenti e ri-emergenti |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.6 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.6.3 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

5.1 REFERENTE DELLA SCHEDA TEMATICA

Gioia Capelli – Laboratorio di Parassitologia ed Ecopatologia –
Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe)

5.2 COMPONENTI DEL GRUPPO

| NOME | QUALIFICA | ENTE |
|---------------------|---|---|
| Capello Katia | Collaboratore amministrativo professionale statistico | IZS Venezie |
| Citterio Carlo | Veterinario Dirigente | IZS Venezie |
| Cassini Rudi | Ricercatore Universitario | Facoltà Medicina Veterinaria-Università di Padova |
| Comin Arianna | Veterinario contrattista | IZS Venezie |
| De Benedictis Paola | Veterinario Dirigente | IZS Venezie |
| La Greca Enrico | Veterinario Dirigente | Az-ULSS 6 |
| Natale Alda | Veterinario Dirigente | IZS Venezie |
| Orlando Carlo | Veterinario Dirigente | Az-UISS 17 |
| Stefani Maurizio | Veterinario Dirigente | Az-ULSS 1 |
| Vantini Enzo | Veterinario Dirigente | Az-ULSS 20 |

5.3 PROBLEMA E SUA ANALISI

Nel 2004 il meeting congiunto WHO/FAO/OIE ha definito come zoonosi emergente "una zoonosi riconosciuta o evolutasi di recente, oppure presente precedentemente ma che mostra un aumento di incidenza o una espansione geografica, o un aumento del range di ospiti o vettori possibili". Circa il 75% delle nuove malattie che hanno colpito l'uomo negli ultimi 10 anni è stato causato da patogeni di origine animale o da loro prodotti (Influenza aviaria, BSE, Nipah virus, West Nile, etc.). Alcuni di queste zoonosi sono invece ri-emergenti in alcune aree come ad es. la brucellosi, la rabbia, la teniosi/cisticercosi, l'echinococcosi cistica e le leishmaniosi.

Tra i fattori coinvolti nell'emergenza di una zoonosi ricordiamo i cambiamenti ambientali, le variazioni demografiche animali ed umane, le variazioni dei patogeni e dei loro vettori, i cambiamenti nelle pratiche di

allevamento degli animali. A questi si devono aggiungere i fattori socio-culturali, come l'introduzione di nuove abitudini alimentari e/o religiose.

Oltre all'impatto negativo sulla salute umana le zoonosi influiscono sull'efficienza produttiva degli animali e creano ostacoli alla commercializzazione degli stessi e dei loro prodotti. Le zoonosi costituiscono pertanto un impedimento allo sviluppo socio-economico. I servizi veterinari giocano un ruolo fondamentale nella prevenzione delle zoonosi

La presente scheda tematica vuole focalizzarsi su zoonosi endemiche sul territorio veneto, riemergenti o a rischio di riemersione e sulle zoonosi emergenti con particolare riguardo a quelle trasmesse da vettori.

Ambito di intervento – Zoonosi endemiche ri-emergenti

Se escludiamo le tossinfezioni alimentari e altre zoonosi per le quali esistono piani di sorveglianza nazionali (ad es brucellosi, salmonellosi), le zoonosi che comportano ospedalizzazione (e quindi di un certo rilievo in quanto a gravità e costi per il servizio sanitario nazionale) a livello regionale sono riportate nella tabella sottostante, la quale pur nell'incompletezza del dato (solo casi ospedalizzati, escluso il day hospital, solo diagnosi principale, ecc.) fornisce un quadro degli agenti patogeni che già circolano nel territorio.

Tabella 1: Numero di casi umani ospedalizzati per zoonosi negli anni dal 2002 al 2005 in Veneto

| Regione Veneto | casi in assoluto per ANNO DI VISITA | | | | | casi su 100'000 ab. per ANNO DI VISITA | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|--|-----------|-----------|-----------|
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | TOT | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| gruppo di diagnosi | | | | | | | | | |
| Salmonellosi | 572 | 582 | 476 | 372 | 2002 | 12,49 | 12,54 | 10,13 | 7,77 |
| Campylobacteriosi | 102 | 95 | 114 | 83 | 394 | 2,23 | 2,05 | 2,43 | 1,73 |
| Strongiloidiasi | 109 | 83 | 73 | 79 | 344 | 2,38 | 1,79 | 1,55 | 1,65 |
| Echinococcosi | 69 | 47 | 64 | 59 | 239 | 1,51 | 1,01 | 1,36 | 1,23 |
| Altre parassitosi | 60 | 53 | 59 | 50 | 222 | 1,31 | 1,14 | 1,26 | 1,04 |
| Toxoplasmosi | 68 | 48 | 51 | 54 | 221 | 1,48 | 1,03 | 1,09 | 1,13 |
| Bartonellosi | 45 | 34 | 39 | 27 | 145 | 0,98 | 0,73 | 0,83 | 0,56 |
| Malattia di Lyme | 34 | 30 | 43 | 19 | 126 | 0,74 | 0,65 | 0,91 | 0,40 |
| Leptosirosi | 37 | 21 | 11 | 19 | 88 | 0,81 | 0,45 | 0,23 | 0,40 |
| Listeriosi | 15 | 10 | 21 | 10 | 56 | 0,33 | 0,22 | 0,45 | 0,21 |
| Leishmaniosi | 13 | 14 | 12 | 8 | 47 | 0,28 | 0,30 | 0,26 | 0,17 |
| Altro | 18 | 9 | 9 | 10 | 46 | 0,39 | 0,19 | 0,19 | 0,21 |
| Epatite E | 13 | 4 | 7 | 14 | 38 | 0,28 | 0,09 | 0,15 | 0,29 |
| Encefaliti virali | 9 | 8 | 11 | 6 | 34 | 0,20 | 0,17 | 0,23 | 0,13 |
| Rickettsiosi | 11 | 4 | 5 | 6 | 26 | 0,24 | 0,09 | 0,11 | 0,13 |
| Brucellosi | 6 | 5 | 4 | 6 | 21 | 0,13 | 0,11 | 0,09 | 0,13 |
| Altre gastroent. batteriche | 5 | 4 | 2 | 1 | 12 | 0,11 | 0,09 | 0,04 | 0,02 |
| Altre parassitosi intestinali | 3 | | | 4 | 7 | 0,07 | 0,00 | 0,00 | 0,08 |
| Tularemia | 2 | 3 | | 1 | 6 | 0,04 | 0,06 | 0,00 | 0,02 |
| Psittacosi | 2 | | 2 | 1 | 5 | 0,04 | 0,00 | 0,04 | 0,02 |
| Altre gastroenteriti virali | | 1 | | 1 | 2 | 0,00 | 0,02 | 0,00 | 0,02 |
| TOTALE | 1193 | 1055 | 1003 | 830 | 4081 | 26 | 23 | 21 | 17 |

Si può notare come molte delle malattie in lista sono parassitarie o trasmesse da vettori.

Ambito di intervento – Zoonosi emergenti

Fra le zoonosi emergenti non c'è dubbio che quelle trasmesse da artropodi abbiano assunto un ruolo sempre più importante in tutta Europa, Italia compresa.

Un certo allarme è emerso non solo per l'insorgenza di casi umani di nuove patologie (rickettsiosi varie, HGA-human granulocytic anaplasmosis) ma anche per il timore che gli eventi climatici in atto possano influire sulle popolazioni di vettori e di conseguenza sulle malattie trasmesse.

I principali vettori presenti in Italia e le principali patologie trasmesse con presenza consolidata sul territorio nazionale, sono quasi tutte a carattere zoonosico, come riassunto nella tabella 2.

Tabella 2 – Principali artropodi vettori e malattie trasmesse in Italia

| vettore | patogeno | Malattia presente in Italia |
|---------------------------------|--|---|
| zecche dure | | |
| <i>Ixodes ricinus</i> | flavivirus | TBE |
| | <i>Borrelia</i> varie specie | malattia di Lyme |
| | <i>Anaplasma phagocytophilum</i> | Febbre dei pascoli, HGA umana |
| | Rickettsie varie | Rickettsiosi emergenti |
| | <i>Babesia divergens</i> , <i>Babesia EU1</i> e altre | Babesiosi a ciclo selvatico |
| <i>Rhipicephalus sanguineus</i> | Rickettsie | Febbre bottonosa del Mediterraneo e altre SFG (spotted fever group) |
| | <i>Babesia</i> , <i>Ehrlichia</i> | Rispettive malattie del cane |
| <i>Altre Rhipicephalinae</i> | <i>Anaplasma marginale</i> <i>Babesie</i> varie, <i>Theileria</i> | Rispettive malattie dei domestici in centro e sud Italia |
| zecche molli | | |
| <i>Ornithodoros</i> | Asfivirus | Peste suina africana |
| zanzare | vari protozoi | Uccelli domestici e selvatici |
| culicoidi | | |
| <i>C. imicola</i> | orbivirus | Bluetongue BTV |
| flebotomi | phlebovirus | Toscana virus, Naples virus, Sicily virus |
| | Leishmania | Leishmaniosi canina e umana |
| pulci | <i>Rickettsia felis</i> | zoonosi emergente |
| | Bartonelle | malattia da graffio di gatto |

Accanto alle malattie che già sono presenti sul territorio, molte altre sono a rischio di introduzione ed alcune anche a rischio di diffusione.

In tabella 3 sono riassunti i principali vettori e le principali patologie trasmesse a rischio di introduzione in Italia e nel Veneto

Tabella 3 – Principali vettori e principali zoonosi che potrebbero essere a rischio di introduzione nel territorio italiano

| vettore | patogeno | malattia |
|-----------------------|-----------------------------|---|
| zecche | | |
| <i>Ixodes ricinus</i> | <i>Rickettsia rickettsi</i> | Rocky Mountain Spotted fever |
| | flavivirus | altri ceppi TBE |
| <i>Hyalomma spp.</i> | nairovirus | Crimean-Congo Hemorrhagic fever |
| zanzare | flavivirus | West Nile, Dengue, febbre gialla, Encefalite giapponese e altre |
| | phlebovirus | Rift Valley fever |
| | alphavirus | Chikungunya, gruppo encefaliti equine, Sindbis e altri |
| | Plasmodium spp | malaria |

Lo scenario è comunque diverso se consideriamo malattie già presenti nel territorio o malattie “esotiche”, ma si possono riconoscere 4 pattern principali:

1. aumento di densità di un vettore o conquista di nuove aree con emergenza di malattie già presenti nel territorio o in aree adiacenti e di cui spesso l'uomo è rivelatore, come già accaduto per TBE, malattia di Lyme e Leishmaniosi canina;
2. introduzione di un animale/uomo infetto in presenza di vettore competente, come già accaduto ad es. per il virus West Nile (WND) in Toscana nel 1998, a New York nel 1999, e in varie regioni del nord nel 2008, per il virus Chikungunya nel ravennate nel 2007, per la malaria (vari casi segnalati in Italia, anche autoctoni);
3. introduzione di un vettore non autoctono che trova le condizioni idonee per riprodursi (ad es: zanzara tigre negli anni '90 in Italia), che può poi inserirsi in cicli locali (dirofilariosi canina) o risultare competente per malattie esotiche (WND, dengue, febbre gialla...ecc.);
4. introduzione accidentale di un vettore infetto potenzialmente in grado di innescare un ciclo locale di trasmissione, come ad es. la BT in Italia nel 2001, gli episodi di malaria degli aeroporti e probabilmente anche l'introduzione del virus BTV8 in Europa nel 2006.

Le malattie più importanti trasmesse da zecche (VBD) nel territorio del Triveneto comprendono la tick-borne encephalitis (TBE) e la Lyme disease.

Altri patogeni sembrano essere emergenti, quali *Anaplasma phagocytophilum*, alcune specie di *Rickettsie* e di *Babesie*.

Vari aspetti epidemiologici di queste infezioni sono ancora indefiniti, quali ad esempio gli animali che fungono da reservoir, la possibilità di passaggio verticale dei patogeni nelle zecche e di passaggio transtadiale, la capacità vettoriale delle varie specie di zecche.

Le malattie più importanti trasmesse invece da flebotomi comprendono la leishmaniosi canina, arrivata negli anni '90 nel territorio veneto e endemizzata in alcune zone del veronese. Molte altre aree collinari e pedemontane del Triveneto sono probabilmente a rischio di introduzione e diffusione della malattia.

Un altro importante capitolo è rappresentato dai Culicidi che hanno già dimostrato in Italia di essere in grado di trasmettere patologie esotiche a carattere zoonosico.

5.4 OBIETTIVI GENERALI

1) Contribuire alla prevenzione e controllo delle zoonosi riemergenti o a rischio di riemergenza nel territorio regionale

2) Supportare gli interventi per l'individuazione precoce ed il controllo delle zoonosi emergenti

5.5 OBIETTIVI SPECIFICI

- a. Individuazione e prioritizzazione delle zoonosi endemiche riemergenti o a rischio di riemergenza sul territorio veneto
- b. Individuazione e prioritizzazione delle zoonosi emergenti a rischio di introduzione e diffusione nel territorio veneto
- c. Individuazione delle eventuali esigenze per la programmazione dei piani di sorveglianza
- d. Individuazione delle eventuali esigenze per l'attuazione dei piani di sorveglianza
- e. definizione di strategie condivise di intervento e/o di prevenzione per le malattie prioritarie e a maggior rischio di introduzione e/o diffusione

5.6 STRATEGIE ED AZIONI

| OBIETTIVI SPECIFICI | STRATEGIE ED AZIONI |
|---|---|
| a. Individuazione e prioritizzazione delle zoonosi endemiche riemergenti o a rischio di riemergenza | <p>1) Analisi storica della situazione sanitaria delle popolazioni animali ed umana nella regione Veneto in relazione alle zoonosi da tempo consolidate sul territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi dei dati veterinari e medici disponibili in banche dati (ministero della salute, schede di dimissione ospedaliera-SDO) - analisi dei dati in altri database esistenti a livello nazionale, regionale, ULSS, IZSVe, Università, - ricerca dati in pubblicazioni e relazioni <p>2) individuazione dei criteri di priorità per le zoonosi endemiche, prendendo in considerazione sia l'aspetto sanitario (gravità della malattia, numero dei casi, ecc.) sia l'aspetto economico (perdite di vita umane, malattia, perdita di giorni lavorativi, invalidità ecc.) tramite un'analisi costo-beneficio</p> <p>3) applicazione dei criteri di priorità ed outcome finale</p> |
| b. Individuazione e prioritizzazione delle zoonosi emergenti | <p>1) Analisi dei casi veterinari e dei casi umani. E' dunque necessario un collegamento settore veterinario-settore medico, possibilmente informatizzato, che permetta il flusso bidirezionale dei dati sanitari.</p> <p>2) analisi sullo stato delle conoscenze sui vettori presenti in Veneto in relazione a diffusione, identificazione a livello di specie, densità e stagionalità</p> <p>3) individuazione dei criteri di priorità per le zoonosi emergenti basata sul rischio</p> <p>4) applicazione dei criteri di priorità ed outcome finale</p> |
| c. Individuazione delle eventuali esigenze per la programmazione dei piani di sorveglianza | <p>1) analisi dei dati necessari con indicazione di quelli attualmente non disponibili per la programmazione di piani di sorveglianza delle zoonosi endemiche individuate nella lista di priorità, con particolare riguardo ai fattori di rischio per il mantenimento di queste patologie nel territorio</p> <p>2) analisi dei dati necessari con indicazione di quelli attualmente non disponibili per la valutazione del rischio di zoonosi emergenti già segnalate sul territorio (casi umani e/o casi veterinari, anche sporadici)</p> <p>3) analisi dei dati necessari ed attualmente non disponibili per la valutazione del rischio di zoonosi emergenti a rischio di introduzione e/o diffusione nel territorio sulla base delle priorità individuate nei punti a. e b.</p> |
| d. Individuazione delle eventuali esigenze per l'attuazione dei piani di sorveglianza | <p>1) nell'ambito del concetto "preparadness to", ovvero essere pronti in caso di emergenza, identificazione delle necessità per la messa in pratica di piani ad hoc di profilassi, con particolare riguardo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - necessità diagnostiche - eventuali necessità terapeutiche e/o vaccinali - eventuali necessità di controllo delle popolazioni di vettori - altre necessità specifiche per zoonosi particolari |
| e. definizione di strategie condivise di intervento e/o di prevenzione per le malattie prioritarie e a maggior rischio di introduzione e/o diffusione | <p>1) individuazione di strategie condivise tra i vari settori sanitari coinvolti nella presente scheda tematica e soprattutto condivise fra settore veterinario e medico per gli interventi da attuare per le zoonosi endemiche e da programmare per le zoonosi emergenti a rischio di introduzione e/o diffusione</p> |

CRONOGRAMMA

| Attività | MESI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| Analisi storica dati | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Criteri di priorità | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Report sulle priorità per zoonosi endemiche e emergenti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Analisi dati necessari per la programmazione piani sorveglianza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Analisi dati necessari per l'attuazione dei piani di sorveglianza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proposta e discussione di strategie condivise | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Report finale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Beneficiari a breve termine:

1. operatori di sanità pubblica

6) Beneficiari

Beneficiari a lungo termine:

2. le popolazioni animali della regione Veneto (da reddito e da compagnia)
3. la popolazione umana della regione Veneto in particolare possessori di animali da compagnia, allevatori, e categorie a rischio (anziani, bambini, immuno-compromessi)

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

- Individuazione e prioritizzazione delle zoonosi endemiche riemergenti ed emergenti;
- Individuazione delle eventuali esigenze per la programmazione dei piani di sorveglianza;
- Definizione di strategie condivise di intervento e/o di prevenzione per le malattie prioritarie e a maggior rischio di introduzione e/o diffusione

| OBIETTIVI SPECIFICI | INDICATORI | FONTI DI VERIFICA | VALORE INDICATORE 31/12/2010 | VALORE INDICATORE 31/12/2011 | | VALORE INDICATORE 31/12/2012 | |
|--|---|---|------------------------------|---|-----------|------------------------------|-----------|
| | | | | Atteso | Osservato | Atteso | Osservato |
| Individuazione e prioritizzazione delle zoonosi endemiche riemergenti ed emergenti | - Lista criteri di priorità individuati ed elenco delle zoonosi applicando i criteri di priorità | Regione Veneto Formula di verifica: (valore finale) – (valore iniziale) ≥ 2 | 0 (zero) | 2 (documenti preliminari da sottoporre alla valutazione critica dei partecipanti) | | 2 (definitivi) | |
| Individuazione delle eventuali esigenze per la programmazione dei piani di sorveglianza | - Report in cui siano specificati i dati e le metodologie necessarie alla programmazione e per le patologie individuate dalla lista di priorità | Regione Veneto Formula di verifica: (valore finale) – (valore iniziale) ≥ 1 | 0 (zero) | 1 (preliminare) | | 1 (definitivo) | |
| Definizione di strategie condivise di intervento e/o di prevenzione per le malattie prioritarie e a maggior rischio di introduzione e/o diffusione | - piani di intervento - piani di prevenzione per la/le malattie selezionate come prioritarie | Regione Veneto Formula di verifica: (valore finale) – (valore iniziale) ≥ 1 | 0 (zero) | - | | ≥ 1 | |

| | |
|---|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Sorveglianza epidemiologica delle zoonosi e attuazione della rete di epidemiosorveglianza. |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.6 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.6.4 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Una corretta strategia di politica sanitaria deve essere basata su dati validi e affidabili e deve realizzarsi tramite strumenti di decisione appropriati. In particolare, è essenziale avere un'elevata conoscenza delle malattie e dei rischi direttamente o indirettamente collegati con esse.

L'utilizzo sistematico di queste informazioni permette di definire categorie, di malattie e di rischi, finalizzate alla prioritizzazione degli interventi per il controllo della salute animale e umana.

La popolazione degli animali domestici nell'Unione Europea nell'ultimo decennio è stata sottoposta a continue introduzioni e reintroduzioni di malattie a carattere zoonotico.

Va tenuto in considerazione che oltre il 60% degli agenti patogeni per l'uomo riconosce serbatoi animali e il 75% delle malattie emergenti ha origine nel mondo animale.

Risulta pertanto indispensabile mettere in atto piani di controllo che possano garantire sia il mantenimento dello standard sanitario raggiunto sia l'individuazione in tempi rapidi di nuove introduzioni di patogeni.

Prerequisito dei programmi di eradicazione è una solida base anagrafica, aggiornata in continuo e la predisposizione di database che consenta di raccogliere e divulgare agli operatori del settore i dati epidemiologici. Questi ultimi, opportunamente elaborati, consentono di individuare i fattori di rischio correlati alla persistenza e alla diffusione dell'infezione.

L'individuazione precoce della circolazione di agenti zoonotici sul territorio e la successiva adozione di strategie sanitarie e di programmazione dell'attività consentono di mantenere un livello costante di controllo territoriale per la prevenzione delle epidemie.

Diventa quindi indispensabile approntare e gestire correttamente un efficiente sistema per la raccolta di dati attendibili e per l'elaborazione di informazioni indispensabili sia per valutare l'efficacia dell'attività e i risultati conseguiti, sia per monitorare l'evoluzione della situazione epidemiologica, con l'obiettivo di evidenziare precocemente l'instaurarsi di possibili trend negativi di recrudescenza delle infezioni negli animali, con conseguente rischio per la salute umana.

Tali informazioni, a disposizione degli "organi di governo sanitario", risultano indispensabili in ambito decisionale per la programmazione dell'attività degli interventi di prevenzione in particolare in presenza di malattie che non consentono l'utilizzo di presidi immunizzanti nella popolazione umana.

Obiettivi generali

Un efficace sistema di sorveglianza epidemiologica è essenziale per il buon governo e la gestione dei sistemi sanitari, per la prevenzione e il controllo delle malattie.

Questo "sistema" deve assicurare, in via prioritaria, l'identificazione precoce della presenza delle malattie zoonotiche negli animali e l'attivazione di idonee misure di intervento per un miglior utilizzo delle risorse

economiche con ridotto aggravio sulla collettività. La raccolta e l'analisi in continuo di dati sanitari rappresentano uno strumento essenziale per la corretta definizione delle priorità dei controlli. Inoltre la tempestiva condivisione dei dati e delle informazioni permetterà l'attivazione di sistemi di identificazione e prioritizzazione dei rischi sanitari in tempi congrui a garantire l'adozione di appropriate misure di controllo e di interventi di prevenzione per la tutela della salute umana e del patrimonio zootecnico.

Risulta inoltre importante organizzare e gestire, a livello regionale, i piani a supporto dei programmi nazionali di controllo e eradicazione delle malattie infettive e contagiose a carattere zoonosico con lo scopo di tenere costantemente monitorata l'evoluzione della situazione epidemiologica e i fattori di rischio correlati alla loro insorgenza e diffusione.

Lo strumento per definire la priorità dei controlli, fissati a seguito della valutazione del rischio, è l'istituzione di una rete di epidemiosorveglianza che garantisca la raccolta, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione sistematiche e continue di dati sanitari, compresi gli studi epidemiologici, in particolare per quanto riguarda la dinamica di diffusione delle malattie nel tempo e nello spazio al fine di adottare adeguate misure preventive e di lotta.

La trasmissione e condivisione dei dati, apportando un valore aggiunto rispetto all'applicazione dei provvedimenti esistenti, offrirà l'opportunità di mantenere, stabilire o rafforzare un coordinamento tra le parti allo scopo di sorvegliare i focolai di malattie zoonotiche.

Le reti di epidemiosorveglianza rappresentano la base informative e entrano a pieno titolo nel “*sistema sicurezza*” di controllo e tutela della salute pubblica e del patrimonio zootecnico.

Obiettivi specifici

- a. Pianificazione e ottimizzazione dei sistemi di sorveglianza attivi in ambito regionale nei confronti di alcune malattie infettive e diffuse del bestiame a carattere zoonotico che non consentono l'utilizzo sistematico di *presidi immunizzanti* (Tubercolosi, Brucellosi, Paratubercolosi, Influenza aviaria, etc.);
- b. Produzione di *report periodici* sullo stato di avanzamento dei controlli relativi a malattie infettive pianificate e sulla situazione epidemiologica (vedi esempio in Fig. 1 e 2);
- c. Produzione di *mappe tematiche* relative allo stato sanitario del patrimonio zootecnico regionale suddiviso per malattia e per specie produttiva;
- d. Produzione di *mappe dinamiche* relative alla distribuzione territoriale delle malattie infettive (vedi esempio in Fig. 3);
- e. Predisposizione del progetto di costituzione della *rete di epidemiosorveglianza* a livello regionale;
- f. Pianificazione delle attività per la *gestione degli interventi* sul territorio nei confronti delle malattie a carattere zoonotico.

Fig. 1. Esempio di sistema informatico per la gestione e reportistica delle malattie infettive degli animali.

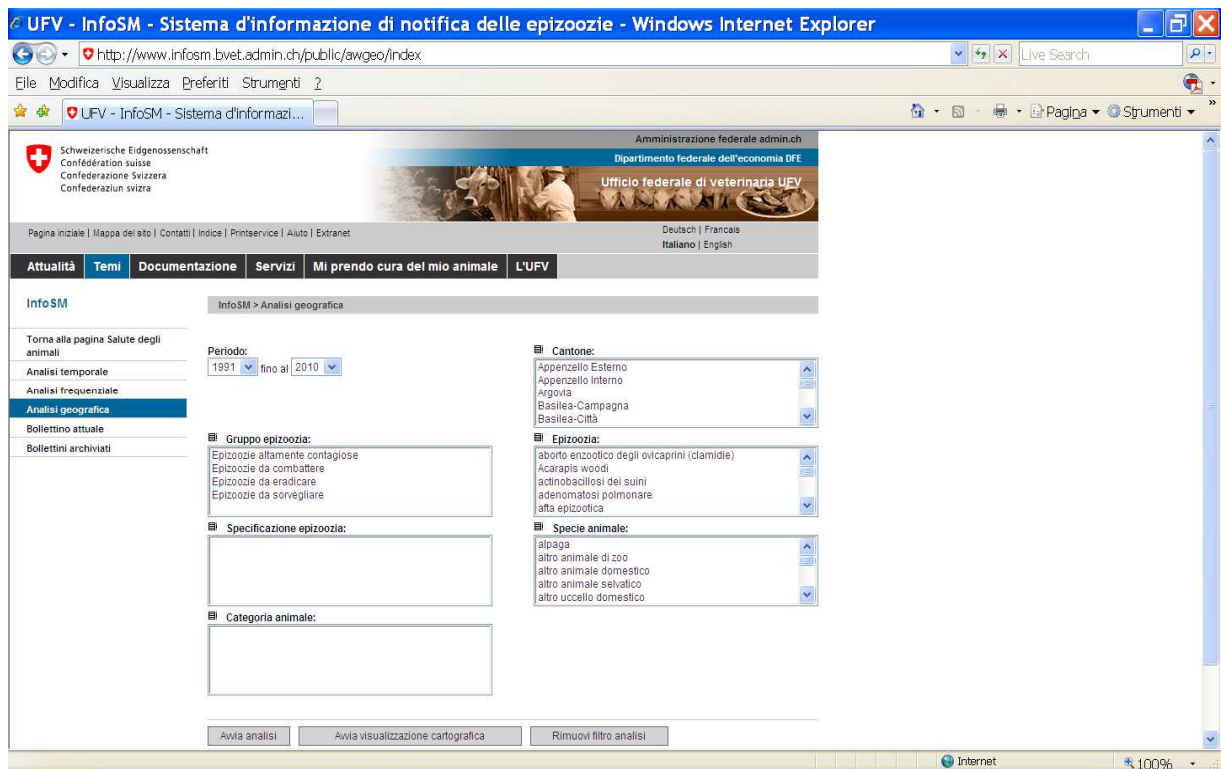


Fig. 2. Esempio di sistema informatico per la gestione e reportistica delle malattie infettive degli animali.

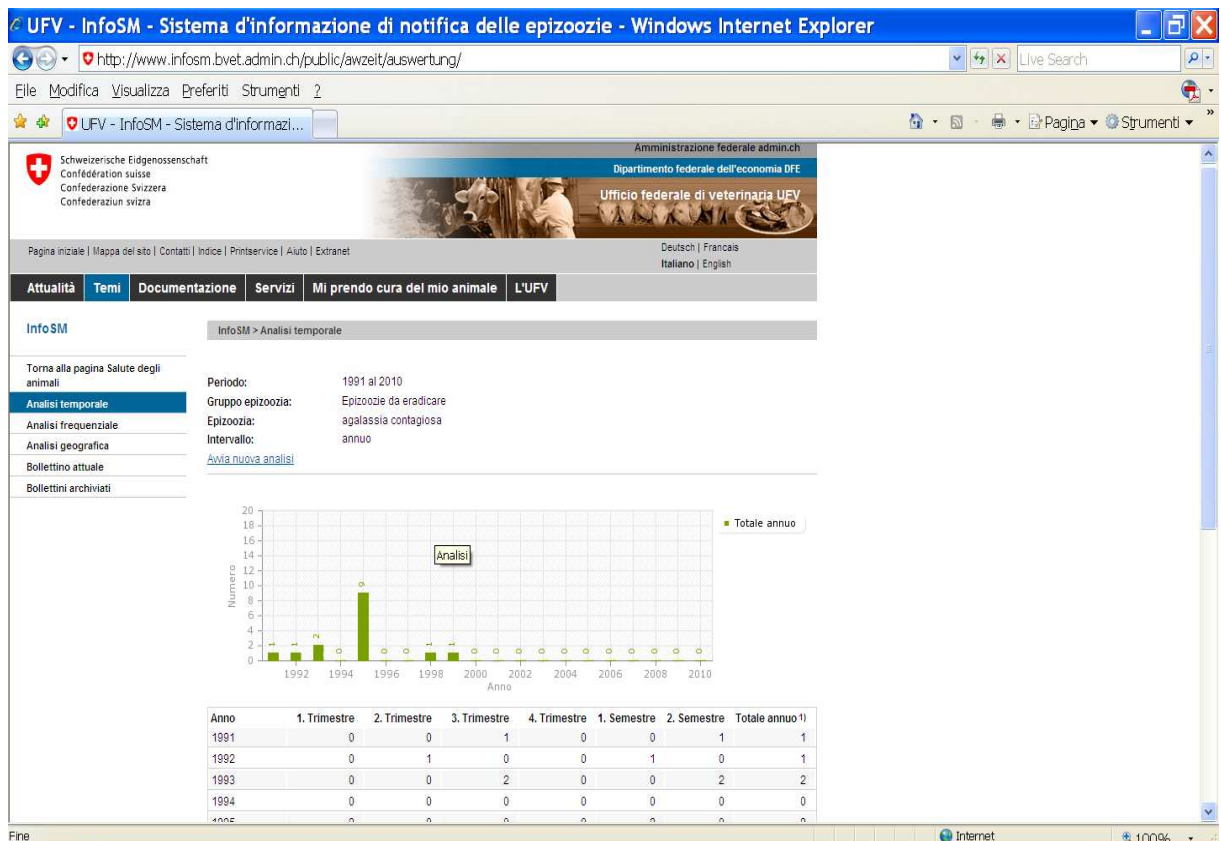
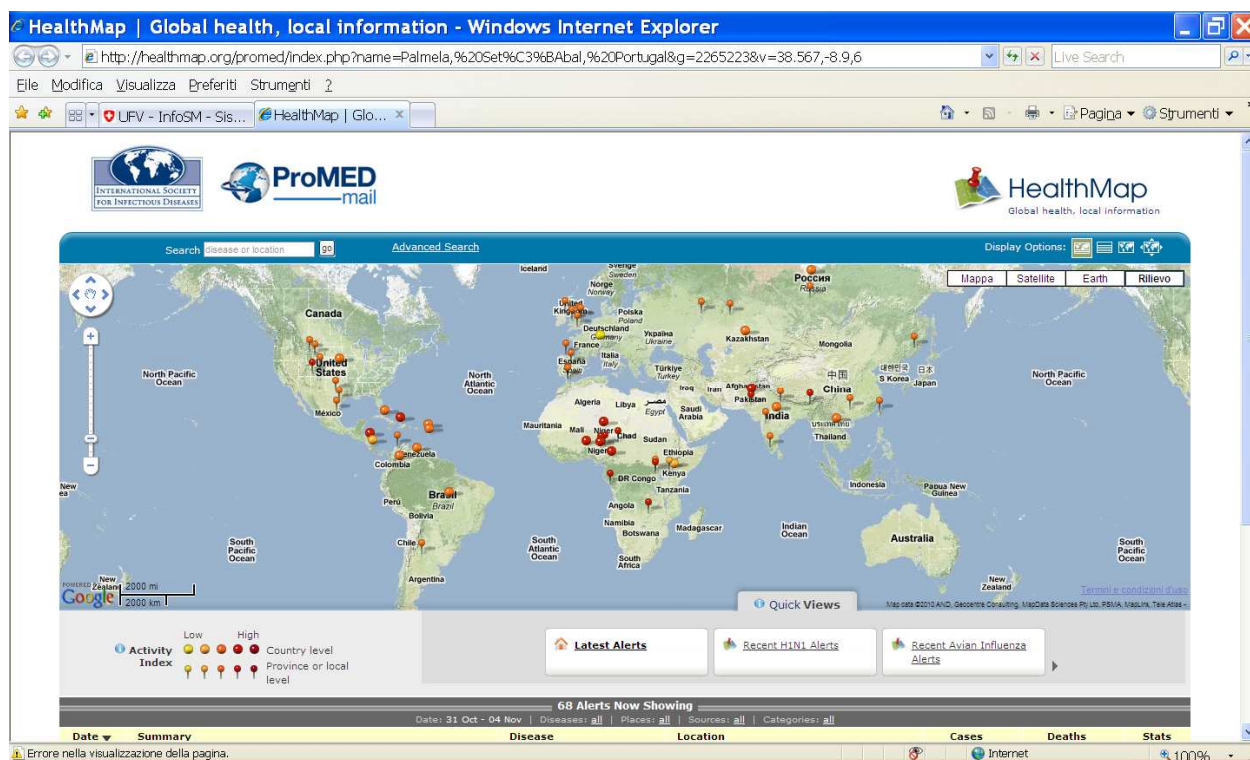


Fig. 3. Esempio di produzione di mappe dinamiche relative alla distribuzione territoriale di alcune malattie infettive.



Zoonosi soggette a piani di monitoraggio e eradicazione

Saranno attuati interventi mirati all'ottimizzazione dei sistemi di sorveglianza attivi in ambito regionale nei confronti di alcune malattie infettive e diffuse del bestiame a carattere zoonotico sia già soggette a piani di controllo e eradicazione sia quelle ritenute emergenti e sottoposte a piani mirati e/o volontari (Tubercolosi, Brucellosi, Paratubercolosi, Influenza aviaria, Leptosirosi, etc.).

Nello specifico, verrà data continuità alle azioni relative a:

- aggiornamento dell'archivio anagrafico degli allevamenti e dei relativi dati produttivi;
- controllo di tutti gli allevamenti soggetti ai piani di eradicazione secondo le modalità e con le cadenze stabilite dalla Regione;
- intensificazione dei controlli sulla movimentazione animale, principale fattore di rischio nella diffusione di tali infezioni;
- rilievo e segnalazione sistematica delle lesioni anatomopatologiche riferibili a tubercolosi, con identificazione degli allevamenti di provenienza dei capi risultati positivi;
- sistema di sorveglianza sui casi di aborto e ritenzione placentare, con la partecipazione di allevatori e veterinari aziendali per le segnalazioni e dei laboratori dell'Istituto Zooprofilattico per la diagnosi eziologica.

Per il periodo oggetto del presente piano verranno pertanto svolte le seguenti attività:

Tubercolosi bovina

- gestione piano regionale;
- valutazione della situazione epidemiologica e predisposizione di piani di controllo mirati al mantenimento della qualifica comunitaria;
- raccolta, validazione, archiviazione e analisi dati epidemiologici, di laboratorio e di attività;
- supporto logistico nei focolai (indagini epidemiologiche, macellazione capi infetti e accertamento malattia);
- produzione del rapporto annuale sul piano TBC, sua pubblicazione su Web.
- supporto tecnico alle ASL per la gestione dei casi dubbi con ispezione e prelievi al macello.

Brucellosi bovina e ovi-caprina

- gestione piano regionale;
- valutazione della situazione epidemiologica e predisposizione di piani di controllo mirati al mantenimento della qualifica comunitaria;
- raccolta, archiviazione e analisi dati epidemiologici, di laboratorio e di attività;
- predisposizione e coordinamento degli interventi da attuare negli allevamenti di bovine da latte in seguito al riscontro di sospette reazioni aspecifiche alle prove ufficiali per brucellosi;
- gestione dei controlli sul latte di massa, con predisposizione di report periodici per la verifica dello stato di avanzamento del piano;
- produzione e distribuzione del rapporto annuale sul piano BRC, sua pubblicazione su Web.
- supporto tecnico alle ASL per la gestione dei casi dubbi con ispezione e prelievi al macello.

Accanto all'attività sopra riportata, il presente progetto prevede il monitoraggio e la sorveglianza di malattie con un *potenziale zoonotico* come l'influenza aviaria e la paratubercolosi.

Influenza Aviaria

La presente attività è finalizzata alla predisposizione di interventi di monitoraggio e sorveglianza che saranno realizzati da operatori del servizio sanitario pubblico, con la finalità di:

- seguire l'andamento della situazione epidemiologica di tale infezione per una tempestiva individuazione di eventuali nuove introduzioni di virus influenzali nelle popolazioni di volatili domestici;
- monitorare i punti critici d'ingresso/contatto fra popolazioni di volatili domestiche e selvatiche per l'individuazione precoce di nuove introduzioni virali;
- partecipare attivamente alle attività di monitoraggio sul territorio (aziende agrituristiche, allevamenti free-range) per l'individuazione precoce di eventuali nuove introduzioni di virus influenzali nelle popolazioni sensibili.

Paratubercolosi

L'attività prevedrà:

- L'esecuzione di piani pilota in aziende infette attraverso un processo di sistematica valutazione dei fattori di rischio seguito da un'attività di monitoraggio dell'andamento del piano mediante idonei indicatori;
- L'attività di consulenza da parte dell'IZSVE, in collaborazione con il Veterinario aziendale, nei confronti dell'allevatore che vuole intraprendere piani aziendali volontari di controllo;
- Stima della prevalenza dell'infezione negli allevamenti Veneti.

Piano aborti

Ai sensi del D.L.vo 196/99, per raggiungere e mantenere la qualifica comunitaria di territorio ufficialmente indenne da Brucellosi bovina, deve essere garantito che i casi di aborto siano obbligatoriamente notificati e sottoposti a un'indagine da parte dell'Autorità competente.

L'attività prevedrà:

- Sensibilizzazione dei Veterinari liberi professionisti finalizzata alla segnalazione e consegna all'IZSVe dei feti abortiti nelle aziende di bovini da riproduzione;
- Effettuazione presso il laboratorio diagnostico dell'Istituto di un esame necroscopico al fine di definire le lesioni presenti e prelevare campioni per escludere la presenza di *Brucella* spp.;
- Inoltre verranno garantite le analisi nei confronti di altre malattie infettive abortigene di interesse zootecnico senza costi per l'allevatore come previsto dalla Linea Guida LGINVet1 (vedi sito IZSVe).

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | <p>I Servizi Sanitari delle Az-ULSS e della Regione, mediante l'utilizzo della rete di epidemiosorveglianza, potranno gestire in maniera informatizzata i dati relativi alle malattie, accedere ad informazioni sanitarie dettagliate a livello locale, corredate da dati anagrafici e epidemiologici e avere a disposizione una serie di report di tipo geografico e statistico-descrittivo per delineare lo stato sanitario a livello regionale sia mediante delle mappe (sia statistiche che dinamiche) sia mediante delle reportistiche di tipo statico che si aggiornano a cadenze prestabilite.</p> <p>La trasmissione e condivisione dei dati, apportando un valore aggiunto rispetto all'applicazione dei provvedimenti esistenti, offrirà l'opportunità di mantenere, stabilire e rafforzare un coordinamento tra le parti allo scopo di sorvegliare i focolai di malattie zoonotiche e valutare il rischio di trasmissione all'uomo.</p> <p>La corretta condivisione dei dati e delle informazioni utili tramite la "rete" permetterà di attivare i sistemi di controllo e la predisposizione di misure sanitarie per la prevenzione della diffusione delle zoonosi.</p> <p>Le reti di epidemiosorveglianza poiché rappresentano la base informativa e entrano a pieno titolo nel "<i>sistema sicurezza</i>" di controllo e tutela della salute pubblica e del patrimonio zootecnico avranno come beneficiario ultimo il consumatore, i produttori di alimenti di origine animale e gli allevatori.</p> <p>Oltre agli utenti sanitari potranno accedere a diversi livelli di conoscenza anche operatori di altri Enti (pubblici e privati), la Produzione e la cittadinanza.</p> <p>L'Autorità competente della gestione del progetto definirà i livelli di accesso e attribuirà le passwords.</p> |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

descrivere brevemente il beneficio di salute (ovvero in termini di esito di processo che ne rappresenta una proxy) che l'intervento si ripromette di ottenere:

La rete di epidemiosorveglianza dovrà garantire la raccolta, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione sistematiche e continue di dati sanitari, compresi gli studi epidemiologici, in particolare per quanto riguarda la dinamica di diffusione delle malattie nel tempo e nello spazio al fine di adottare adeguate misure preventive e di lotta.

Il "*sistema*" deve assicurare, in via prioritaria, l'identificazione precoce della presenza di agenti zoonotici e conseguentemente l'attivazione di idonee misure di intervento che garantiscano azioni mirate e efficaci di prevenzione di diffusione delle malattie alla popolazione umana e un miglior utilizzo delle risorse economiche con ridotto aggravio sulla collettività.

La trasmissione e condivisione dei dati, apportando un valore aggiunto rispetto all'applicazione dei provvedimenti esistenti, offrirà l'opportunità di mantenere, stabilire o rafforzare un coordinamento tra le parti (medicina umana e medicina veterinaria) allo scopo di sorvegliare i focolai di malattie trasmissibili all'uomo.

La tempestiva condivisione dei dati e delle informazioni utili, tramite la "rete" permetterà di attivare i sistemi di controllo e rintraccio in tempi molto rapidi, supportando così l'attività connessa ai sistemi nazionali di allerta e risposta rapida e garantendo la pronta adozione di contromisure per la tutela del consumatore e del patrimonio zootecnico.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|-----------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Fonti dati per le quali è garantito l'accesso | Portale IZSVe Regione | Anagrafi regionali Banche dati epidemiologici | | Collegamento e accesso al 100% delle fonti Dati definite dal sistema in formato test | | Collegamento e accesso al 100% delle fonti Dati definite dal sistema in formato manutenzione | |
| Destinatari della rete di epidemiosorveglianza | ASL e Regione | Anagrafica sanitaria | | 100% distribuzione username e password | | 100% di autorizzazione agli accessi | |

Azioni tempi (cronogramma)

| Attività | Mesi dall'inizio del progetto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| Monitoraggio stato d'avanzamento dei piani di eradicazione/controllo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Predisposizione report annuale sui piani TBC, BRC, INFLUENZA, PARATBC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Supporto tecnico alle ASL per la gestione dei casi dubbi di TBC, BRC. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paratubercolosi – consulenza piani aziendali volontari di controllo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Piano aborti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Monitoraggio Influenza aviaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Produzione report periodici sull'evoluzione della situazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|--|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto per la sorveglianza delle malattie emergenti |
|---|--|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.6 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.6.8 |
|--|--------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale

Il Veneto ha visto manifestarsi nel 2008 e nel 2009 casi umani di meningo encefalite da virus di West Nile (WNME), alcuni dei quali mortali. Durante lo stesso periodo non erano stati segnalati, se non retrospettivamente, casi di "semplice" febbre di West Nile (WNF). Nell'anno precedente, in Emilia Romagna, l'epidemia autoctona di chikungunya, identificata quasi due mesi dopo l'insorgenza del caso indice, aveva evidenziato il ruolo della "zanzara tigre" (*Aedes albopictus*, stabilmente presente anche in Veneto) nella trasmissione di questo virus e potenzialmente anche di quello della febbre dengue. Nell'anno 2010 è stato attivato dalla Regione Veneto un protocollo pilota di sorveglianza delle febbri estive, sia autoctone che di importazione, in base a una precisa definizione di caso. Il protocollo aveva lo scopo di individuare precocemente gli eventuali casi autoctoni di WNF anche non complicati, consentendo di prendere in carico i pazienti e di avere un'idea più precisa della distribuzione geografica della zoonosi, con un approccio complementare a quello della sorveglianza veterinaria e entomologica. Inoltre, il protocollo doveva identificare tempestivamente anche i casi di febbre dengue e chikungunya in viaggiatori (attualmente sotto notificati) e individuare precocemente eventuali casi a trasmissione autoctona. La fase pilota ha consentito di diagnosticare nella regione 15 casi confermati di dengue, 1 caso di chikungunya (tutti in viaggiatori al rientro) e 6 casi autoctoni di West Nile disease, di cui 3 meningoencefaliti e 3 febbri. Nei casi in cui la notifica all'autorità sanitaria è stata sufficientemente tempestiva, questo ha permesso alle ASL interessate di attivare rapidamente il controllo vettoriale per evitare la diffusione di focolai a trasmissione locale. Da notare che nel 2010 il Veneto è stata l'unica regione italiana a diagnosticare casi umani di infezione da virus di West Nile, benché la sorveglianza entomologica abbia identificato zanzare (*Culex*) infette in diverse regioni, perfino in Sicilia. Per quanto riguarda dengue e chikungunya, nel 2010 non sono stati riscontrati casi autoctoni, nella nostra regione come nel resto d'Italia, ma casi a trasmissione locale di entrambe le arbovirosi sono stati identificati in Francia, e un caso di dengue in Croazia, confermando l'utilità di una sorveglianza. Visto il successo di questa fase pilota, questo progetto si propone per i prossimi tre anni di portare "a regime" il sistema, con un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale e con raccordo più stretto con la sorveglianza entomologica.

Obiettivi generali

Contribuire a prevenire/limitare la diffusione delle tre principali arbovirosi a potenziale trasmissione da zanzare presenti nel territorio veneto (virus di West Nile, dengue, chikungunya) grazie a un sistema di sorveglianza dei casi febbrili durante la stagione estiva.

Obiettivi specifici

- 1. Aumentare la sensibilità della sorveglianza delle febbri in pazienti rientrati da soggiorni tropicali con particolare riferimento alle arbovirosi.**
- 2. Individuare precocemente casi autoctoni di arbovirosi potenzialmente trasmesse da zanzare presenti nel territorio veneto.**

Linee operative

La sorveglianza, dopo la prima fase pilota in cui erano essenzialmente coinvolte le strutture ospedaliere, dovrà, per il presente progetto, coinvolgere direttamente anche il medico di famiglia. Il flusso dei pazienti partirà dal medico di famiglia o dal PS ospedaliero, a seconda di chi per primo individua il caso febbrile sospetto in base alle definizioni di caso sotto riportate. Entrambi avranno il compito di riferire il caso sospetto, autoctono o proveniente da paesi endemici. Verrà elaborata una guida schematica per entrambi i livelli, recante anche la mappa aggiornata dei paesi potenzialmente endemici. Verrà inoltre realizzato un progetto formativo specifico all'intenzione dei medici di medicina generale e di PS. Le unità operative di malattie infettive e/o tropicali della regione costituiranno il secondo livello di sorveglianza e saranno dotate di test rapidi (IgG e IgM per dengue e chikungunya, più test rapido antigenico per dengue). Il livello diagnostico di riferimento sarà costituito dal Laboratorio regionale di riferimento, U.O. di microbiologia dell'Azienda ospedaliera – universitaria di Padova. Il SISP dell'ULSS competente che riceverà la notifica rapida (vedi sotto) attiverà le misure di contenimento già previste dai protocolli vigenti.

La sorveglianza sarà effettuata per il periodo compreso dal 1 giugno al 31 ottobre di ciascun anno (quello in cui vi può essere attività vettoriale): per le sole febbri “di importazione” si incoraggerà però il mantenimento della sola attività di sorveglianza (escluse ovviamente le misure di controllo vettoriale) anche per il resto dell'anno, questo avrà fra l'altro il vantaggio del riferimento immediato al centro specialistico anche dei casi di **sospetta malaria** permettendo una rapida presa in carico dei pazienti e prevenendo le complicazioni mortali che purtroppo si sono già verificate più volte nel passato nella nostra regione a causa del ritardo diagnostico.

I dettagli operativi sono riportati di seguito.

1) Unità Pronto Soccorso, medici medicina generale:

A) *Casi febbrili di importazione.* Soggetti febbrili (con T° ascellare ≥ 38 °C), di qualsiasi età, con storia di viaggio in paese tropicale, che rispondano alla definizione di caso sospetto importato di dengue o chikungunya: i pazienti saranno inviati all'UNITÀ OPERATIVA DI MALATTIE TROPICALI / INFETTIVE di riferimento della propria zona per VISITA ENTRO LE 24 ORE.

Definizioni di caso febbrile “importato” (a) Caso sospetto di dengue e/o chikungunya: Febbre (≥ 38 °C) di recente insorgenza (≤ 7 giorni); recente (≤ 15 gg.) rientro da area potenzialmente endemica di dengue e/o chikungunya (VEDI MAPPE EPIDEMIOLOGICHE); assenza di diagnosi “ovvia”; assenza di leucocitosi (GB totali $< 10000/\mu\text{l}$) (b) Caso probabile: caso sospetto con test rapido positivo. (c) Caso confermato (di dengue e/o chikungunya): caso confermato dal laboratorio di riferimento mediante PCR, isolamento virale e/o sierconversione o aumento di titolo di test anticorpali.

B) *Casi febbrili senza storia recente di viaggi in paesi endemici.* Soggetti febbrili (con T° ascellare ≥ 38 °C), senza storia di viaggio recente, di età ≥ 15 anni¹ che si presentano al medico curante o al PS e rispondono alla definizione di caso sospetto autoctono (v. sotto): RIFERIMENTO PER VISITA ENTRO LE 24 ORE ALL'UNITÀ OPERATIVA DI MALATTIE TROPICALI / INFETTIVE di riferimento per la propria zona.

Definizioni di caso autoctono (a) Caso sospetto autoctono di febbre di West Nile: febbre (≥ 38 °C) di recente insorgenza (≤ 7 giorni); assenza di meningoencefalite (**NB in presenza di meningoencefalite a liquor limpido andrà immediatamente attivato il protocollo “Sorveglianza rapida dei casi umani di sindrome neurologica da West Nile”**); assenza di leucocitosi (GB totali $< 10000/\mu\text{l}$); assenza di diagnosi “ovvia”(es. infezione vie urinarie, infezione vie respiratorie, faringotonsillite); presenza di eruzione cutanea diffusa (eritematosa e/o maculare e/o papulosa) **e/o** almeno due tra i seguenti sintomi: cefalea intensa, mialgie diffuse, artralgie diffuse; (b) Caso confermato: sintomi come sopra, test di conferma positivo.

2) Centri di riferimento (unità operative di malattie infettive / tropicali)

A) *Casi febbrili di importazione.* L'unità operativa dovrà procedere al normale iter diagnostico per le febbri di importazione (**compresa la ricerca tempestiva della malaria qualora vi siano i presupposti epidemiologici**) e, nei casi che rispondano alla definizione di caso sospetto (v. sopra), alle procedure diagnostiche di primo livello (test rapidi), alla compilazione delle schede pazienti, alla gestione clinica e

¹ Il rationale è la maggior frequenza di febbri aspecifiche – esantematiche nei bambini, oltre alla minor frequenza e gravità di WNV negli stessi

all'invio al laboratorio di riferimento, per test di conferma, dei campioni risultati positivi alle procedure diagnostiche di primo livello.

Segnalazione di caso importato. Il caso probabile va segnalato entro le 12 ore (per telefono, fax o e-mail) al SISP dell'ULSS competente territorialmente. Il caso confermato viene notificato dal Laboratorio di riferimento (PD) entro le 12 ore dal completamento del test (per telefono, fax o e-mail) al SISP dell'ULSS di appartenenza del caso, per le attività di competenza, utilizzando la scheda ministeriale.

B) *Casi febbrili autoctoni.* Il centro di riferimento procederà all'iter indicato nel **diagramma di flusso in allegato 1**. Nel caso di un elevato sospetto clinico per dengue o chikungunya (in base a una definizione di caso che verrà appositamente definita) si dovrà procedere all'iter diagnostico anche per queste ultime, pur in assenza di storia di viaggio.

Segnalazione di caso autoctono. Il caso sospetto non viene segnalato. Il caso confermato viene notificato dal Laboratorio di riferimento (PD) entro le 12 ore dal completamento del test (per telefono, fax o e-mail) al SISP dell'ULSS di appartenenza del caso, per le attività di competenza.

I casi probabili (A) e confermati (A e B) andranno inoltre segnalati tempestivamente, da parte del SISP di competenza, anche al Laboratorio di Parassitologia ed Ecopatologia. Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie – Legnaro (PD), responsabile delle indagini entomologiche.

Possibili criticità

La definizione di caso autoctono dovrebbe essere sufficientemente sensibile da identificare precocemente i casi, ma al tempo stesso abbastanza specifica da evitare di sottoporre un grande numero di casi febbrili banali ai test diagnostici. Rispetto alla fase pilota si è optato per eliminare l'obbligatorietà dell'eruzione cutanea che limitava eccessivamente l'individuazione di casi sospetti. Durante il primo anno di progetto si valuterà l'appropriatezza della nuova definizione di caso.

La collaborazione dei medici di Pronto Soccorso, medici di famiglia e specialisti delle unità operative di malattie infettive sarà cruciale per il successo della sorveglianza. Eventuali problemi operativi-organizzativi andranno valutati tempestivamente per identificare le possibili soluzioni e il relativo livello di responsabilità.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Beneficiari indiretti: tutta la popolazione residente nella regione. Beneficiari diretti: da 150 a 210 pazienti febbrili/anno al rientro da viaggio in paesi tropicali; da 100 a 150 pazienti non viaggiatori/anno con febbre di difficile diagnosi |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

- ⊕ il maggiore beneficio di salute per tutta la popolazione residente nella regione sarà una riduzione del rischio di infezione, ivi compreso il rischio trasfusionale (in quanto lo screening trasfusionale verrà intensificato nelle province in cui la sorveglianza avrà identificato casi di WNV e eventuali casi autoctoni di dengue e/o chikungunya). I pazienti febbrili al rientro da viaggio in paesi tropicali beneficeranno di diagnosi tempestiva in centro di riferimento (ivi compresa la malaria); i soggetti residenti con "febbre di difficile diagnosi" in periodo estivo beneficeranno di adeguato approccio diagnostico – terapeutico in ambiente specialistico. Il principale obiettivo di processo è un aumento progressivo della "copertura" del progetto (percentuale di soggetti febbrili nei due gruppi che accede allo screening), rappresentata per approssimazione dal numero assoluto di soggetti febbrili, viaggiatori e non, sottoposto allo screening, da circa 140 a fine 2010 a circa 360 a fine 2012.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|--|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| N. pazienti febbrili con storia di viaggio sottoposti a screening | U.O. di malattie infettive; lab. regionale di riferimento; Servizio Sanità Pubblica e Screening Regione Veneto | | 90 | 150 | | 210 | |
| N. pazienti con febbre di difficile diagnosi sottoposti a screening | U.O. di malattie infettive; lab. regionale di riferimento; Servizio Sanità Pubblica e Screening Regione Veneto | | 50 | 100 | | 150 | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Sorveglianza sulle zoonosi trasmesse da vettori e valutazione del rischio di diffusione sul territorio della Regione Veneto |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.6 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.6.9 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

A partire dagli anni novanta emergenze e riemergenze di malattie epidemiche trasmesse da vettori hanno coinvolto su scala mondiale con maggiore evidenza sia la popolazione umana sia quella animale.

Le mutate condizioni socio-economiche, i cambiamenti climatici e ambientali e la resistenza agli insetticidi in molti casi rappresentano i principali fattori responsabili dell'introduzione e della diffusione di queste zoonosi (EFSA - Scientific review on mosquitoes and mosquito-borne diseases 2007 – 2009) che, sulla base di una recente valutazione dell'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), probabilmente in futuro potranno costituire un rischio evidente per la salute umana e animale, con possibile comparsa di episodi epidemici sempre più frequenti.

Le malattie trasmesse da vettori sono causate da un gruppo eterogeneo di virus, batteri e parassiti che comprendono nel loro ciclo biologico varie specie animali (mammiferi, uccelli, rettili), l'uomo e gli artropodi (zanzare, zecche, flebotomi...) in grado di trasmettere la malattia da un ospite infetto ad uno sano.

Queste patologie hanno un'ecologia e un'epidemiologia complessa e il loro studio richiede un approccio che prenda in considerazione sia le caratteristiche ambientali e climatiche sia la distribuzione delle popolazioni degli artropodi vettori, degli animali suscettibili e dei reservoir (selvatici o domestici).

Se fino al decennio scorso le malattie trasmesse da vettori rappresentavano un problema sanitario prioritario in Asia, Medio Oriente e Africa, quanto successo negli Stati Uniti dalla fine degli anni '90, e la situazione epidemiologica che si è venuta a verificare a partire dal 2008, in vaste aree dell'Europa, per la diffusione del virus West Nile, hanno dimostrato che anche nei Paesi occidentali, queste malattie considerate "esotiche" possono assumere un ruolo importante in sanità pubblica.

Fra le zoonosi emergenti, quelle trasmesse da artropodi hanno quindi assunto un ruolo sempre più rilevante in tutta Europa, Italia compresa.

A livello della Regione Veneto, oltre alle zoonosi da vettori di recente introduzione (es. WND a partire dal 2008), che manifestano comunque un trend in crescita nella popolazione animale e umana, i programmi di controllo in atto da diversi anni hanno evidenziato la presenza sul territorio anche di diverse patologie endemiche (TBE, Malattia di Lyme,...).

L'attivazione di un piano di sorveglianza efficace e mirato, strutturato sulla base dell'esperienza maturata nel corso degli ultimi anni, costituisce da un lato un sistema di verifica di diffusione delle malattie endemiche già presenti sul territorio, dall'altro può consentire di estendere il monitoraggio anche a altri patogeni a rischio di introduzione, attraverso studi pilota in aree limitate considerate ad alto rischio per la diffusione e la possibile endemizzazione di tali infezioni.

Le attività previste dal piano relative al monitoraggio entomologico e all'analisi del rischio di diffusione delle malattie da vettori richiedono la predisposizione di piani di sorveglianza basati sull'implementazione di modelli di tipo predittivo e lo sviluppo di mappe di rischio.

Inoltre i piani di sorveglianza delle malattie endemiche possono risultare efficaci anche per monitorare altri agenti di zoonosi trasmesse da vettori al fine di definire sistemi di individuazione rapida e di allerta per questi ultimi. Le recenti evidenze di rischio di introduzione di patologie emergenti (*Chikungunya e Dengue, Rift Valley fever, Crimean Congo Hemorrhagic Fever*) indicano come sia auspicabile considerare eventuali attività aggiuntive mirate.

| | |
|------------------------------|---|
| <p>6) Beneficiari</p> | <p>Attualmente i piani regionali in essere non prevedono attività coordinate tra i settori Medico e Veterinario basate su analisi del rischio di diffusione delle zoonosi da vettori che consentano una corretta programmazione delle misure di controllo sul territorio.</p> <p>L'attività di sorveglianza entomologica sulla popolazione di ospiti sensibili e la produzione di modelli di dati per la raccolta e la rappresentazione geografica delle informazioni sui vettori dovranno assicurare, in via prioritaria, l'individuazione delle aree a rischio di diffusione delle malattie e l'attivazione di idonee misure di intervento per un miglior utilizzo delle risorse esistenti.</p> <p>Il piano è finalizzato all'attuazione di fattive collaborazioni, tramite la comunicazione e condivisione dei dati, tra Enti di ricerca e strutture sanitarie pubbliche garantendo così una corretta gestione delle zoonosi.</p> <p>Il progetto consentirà pertanto di attivare una fattiva collaborazione e generare un costante flusso informativo che garantirà informazioni a tutte le parti sanitarie coinvolte nell'attività di sorveglianza delle zoonosi da vettori</p> |
|------------------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

- a. Individuazione delle priorità sanitarie sulla base dei risultati di prevalenza relativi a agenti patogeni responsabili di zoonosi trasmesse da vettori e definizione delle attività di controllo sul territorio regionale.
- b. Identificazione e caratterizzazione precoce dei patogeni circolanti nella popolazione di vettori presente sul territorio, con conseguente rapida attivazione delle misure di controllo con riduzione del rischio di infezioni umane.
- c. Disponibilità di metodiche rapide e sensibili per la loro applicazione nei vettori. Raccolta di informazioni genetiche per analisi filogenetiche e la determinazione della loro origine e possibile evoluzione.
- d. Studio delle dinamiche delle popolazioni di atropodi vettori in relazione alle caratteristiche climatiche e ambientali e creazione di mappe di rischio di diffusione di agenti di zoonosi trasmesse da vettori nella Regione Veneto.
- e. Valutazione dell'attuale piano di monitoraggio entomologico per razionalizzare il piano stesso con ridefinizione delle modalità e della frequenza del campionamento.
- f. Attuazione di un piano specifico di sorveglianza e di individuazione rapida delle zoonosi trasmesse da vettori.

| | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|-------------------|--|-----------|--|-----------|---|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Software per la produzione di mappe di rischio di diffusione | Regione IZSve | Predisposizione del software | | Attivazione del software in formato test | | Attivazione del software in formato manutenzione | |
| Metodiche rapide biomolecolari | IZSve | Valutazione e delle metodiche esistenti | | mappe di rischio integrato con l'utilizzo dei dati genetici entomologici e sierologici 50% del territorio | | metodiche sensibili per l'early-detection dei patogeni nelle popolazioni di vettori 100% | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto | Tatuaggi e piercing e tutela igienico-sanitaria |
| 3) Identificativo della Linea di intervento generale/i di cui alla Tabella 1 | 2.7 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.7.1 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Analisi del contesto, il quadro di riferimento regionale e gli obiettivi

Il fenomeno del tatuaggio e piercing è in costante e crescente diffusione, sia sul versante della domanda, sia per quanto riguarda l'offerta.

Sotto il profilo normativo, non esiste una legge nazionale di definizione giuridica della correlata figura professionale e di disciplina delle stesse attività di tatuaggio e piercing.

Nel 1998 il Ministero della Sanità ha emanato specifiche Linee guida per la tutela della salute in riferimento ai trattamenti di tatuaggio e piercing

Sulla base delle indicazioni delle Linee guida ministeriali, la Regione del Veneto, fin dal 2001, ha avviato un sistema di tutela igienico-sanitaria connessa ai trattamenti di tatuaggio e piercing, stante la difficoltà di istituire un percorso formativo a qualifica professionale nell'ambito del tatuaggio e piercing.

Sono stati pertanto realizzati finora 22 edizioni del corso igienico-sanitario per operatori di tatuaggio e piercing. Complessivamente i frequentanti l'attività formativa sono stati 499.

Le disposizioni che sostanzialmente caratterizzano l'intervento regionale sono:

- DGR n. 693 del 23.3.2001 (definizione attività formativa di 90 ore per conseguimento idoneità igienico-sanitaria soggettiva);
- DGR n. 1245 del 24.5.2001 (e le s.m.i intervenute con la DGR n. 2041 del 14.10.2010) contenente le disposizioni regionali in materia di tatuaggio e piercing, al fine della tutela igienico sanitaria di settore.

La consistenza del fenomeno del tatuaggio e piercing, in riferimento alla sua diffusione e ad una pratica sempre più in voga tra la popolazione, comporta un'azione di sostegno alle iniziative di prevenzione sanitaria finora adottate in materia a livello regionale in materia, soprattutto sotto il profilo dell'educazione alla salute ed alla sensibilizzazione sul potenziale danno alla salute derivante dai trattamenti in questione.

Le criticità

Il settore è rappresentato da attività "sui generis", molto particolari, a fronte di un quadro normativo lacunoso, sia per quanto riguarda l'ambito della definizione dei requisiti per poter svolgere i trattamenti di tatuaggio e piercing, sia per quanto riguarda la disciplina delle modalità di concreto svolgimento dell'esercizio professionale e di impresa.

L'intervento regionale predisposto nell'ultimo decennio per garantire che i trattamenti di tatuaggio e piercing siano svolti sulla base di precisi comportamenti e metodiche finalizzati a prevenire l'insorgenza di patologie correlate, non è allo stato attuale accompagnato da una campagna informativa sui vari aspetti del tatuaggio e piercing, sulle situazioni di possibile danno alla salute ad esso connesso, sulla conoscenza dei comportamenti e delle responsabilità che i vari soggetti (operatori di settore, utenti, famiglia ed educatori in generale) devono assumere.

Linea di intervento generale:

In riferimento ai trattamenti di tatuaggio e piercing, si tratta di sviluppare un'attività di promozione della salute all'interno delle scuole, al fine di coinvolgere, attraverso incontri con gli studenti di ogni ordine della scuola primaria e secondaria e con gli insegnanti, tutti i soggetti interessati nella problematica, dagli stessi operatori di tatuaggio e piercing, ai potenziali utenti, ai genitori ed in generale agli educatori.

Contenuti del progetto

- Attuazione presso i vari plessi scolastici del Veneto, in accordo con i Dirigenti scolastici, di incontri di sensibilizzazione sulle problematiche di prevenzione sanitaria da considerare in relazione ai trattamenti di tatuaggio e piercing.
- Predisposizione di materiale illustrativo della rilevanza sanitaria del fenomeno del tatuaggio e piercing
- Realizzazione di un Convegno/manifestazione (anche in forma decentrata nelle singole realtà territoriali) con la partecipazione di esperti (medici, psicologi, operatori) ed educatori, per trattare la problematica sotto i vari profili, con l'intento di rafforzare gli strumenti di prevenzione sanitaria nel settore.

Soggetti istituzionali coinvolti:

- Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS
- Azienda ULSS coordinatrice del Progetto
- Scuole del Veneto

Mezzi e strumenti di attuazione

All'Azienda ULSS incaricata del Coordinamento del Progetto e del coinvolgimento dei vari soggetti per la realizzazione delle singole iniziative previste è riconosciuto un finanziamento di € 20.000,00.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | <ul style="list-style-type: none">- Popolazione scolastica- Insegnanti- Educatori in generale |
|-----------------------|---|

| | |
|--|---|
| 7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti | <p><u>Di salute</u> Prevenire malattie infettive, sindromi allergiche e patologie individuali correlate alle pratiche di tatuaggio e piercing. L'intervento di prevenzione sanitaria tutela la salute della popolazione in relazione ai trattamenti di tatuaggio e piercing.</p> <p><u>Specifici e di processo:</u></p> <p>Specifici</p> <ul style="list-style-type: none">• conoscenza in generale del fenomeno del tatuaggio e piercing• conoscenza degli aspetti igienico-sanitari del fenomeno tatuaggio e piercing;• sviluppo della consapevolezza del proprio ruolo (operatore professionale, operatore sanitario, utente, educatore) in riferimento alla rilevanza sanitaria del fenomeno del tatuaggio e piercing. <p>di processo</p> <ul style="list-style-type: none">• definizione particolareggiata degli elementi progettuali• creazione della rete dei soggetti da coinvolgere• predisposizione di depliant illustrativo sugli aspetti sanitari connessi altatuaggio e pierciongo• organizzazione di incontri di sensibilizzazione sanitaria in ambito scolastico• organizzazione, anche in forma decentrata) del Convegno/manifestazione con la partecipazione degli esperti |
|--|---|

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2010 | VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2012 | |
|---|--|--------------------------------------|---|-----------|--|-----------|
| | | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Attuazione dell'attività informativa e di sensibilizzazione per la tutela igienico-sanitaria in materia di tatuaggio e piercing | Effettivo svolgimento dell'attività su scala regionale, con il coinvolgimento mirato di alcuni plessi scolastici, secondo il programma stabilito | / | 50% del programma stabilito per ogni Azienda ULSS | / | 50% delle attività per ogni Azienda ULSS | / |
| Realizzazione del Convegno/ manifestazione | Realizzazione degli eventi programmati | 0 | 50% degli eventi programmati | / | 50% | / |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|--|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto di monitoraggio sui prodotti cosmetici |
|---|--|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.7 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.7.2 |
|--|--------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

- **Ambito della problematica**

Il progetto si prospetta come assolutamente innovativo in quanto è mirato a monitorare fattori di rischio potenziali nell'uso dei prodotti cosmetici con valutazione delle ricadute eventuali sulla salute collettiva ed attivazione delle strategie anche di concerto con Autorità statali. Pervengono con una certa frequenza segnalazioni in ordine a sequestri effettuati specialmente da Guardia di Finanza e Carabinieri N.A.S. di prodotti cosmetici e assimilati, importati specialmente da paesi extra-comunitari e confezionati spesso senza alcun rispetto di parametri di igienicità (quindi contaminati) e di sicurezza (contenenti sostanze tossico-nocive) . Queste azioni attengono ad attività proprie di Polizia Giudiziaria, mentre l'intento del progetto proposto è di attuare una verifica del percorso del commercio - per il momento- e della produzione per il futuro. Il quadro normativo è costituito dalla Legge 11/10/1986 n°713 e dal Decreto Ministeriale 22/12/1986.

Fattore di criticità è costituito da una rete commerciale territoriale Regionale non sempre omogenea; la presenza di produttori locali appare scarsa, in quanto le realtà produttive sono concentrate nel Lazio (province di Latina, Frosinone, Roma) e in Lombardia (province di Milano, Monza-Brianza, Varese Como)

- **Caratteristiche del progetto**

Con l'avvio di questa nuova attività di indagine che si presenta come esperimento pilota nel settore del controllo su cosmetici. L'attività si compendia nell'effettuazione di complessivi 80 campioni su 40 matrici, che sulla base di intervento programmato recapiterà al Laboratorio ARPAV specializzato e individuato i campioni dove verranno sottoposti all'analisi chimica e batteriologica. I risultati verranno poi valutati alla luce dell'attuale quadro normativo. Il compito sarà quello di intervenire per poter individuare sia le situazioni non conformi, sia per organizzare gli interventi più efficaci a tutela della salute collettiva. Data la novità della materia è necessario realizzare un'iniziativa formativa per i Tecnici delle Prevenzione dei Dipartimenti di Prevenzione e una campagna informativa per la popolazione, coinvolgendo i Medici di Medicina Generale.

| | |
|-----------------------|------------------------|
| 6) Beneficiari | Popolazione del Veneto |
|-----------------------|------------------------|

7) Obiettivi di processo perseguiti:

| Indicatori | Fonte di verifica | Valore dell'indicatore al 31.12.10 | Valore dell'indicatore al 31.12.11 | | Valore dell'indicatore al 31.12.12 | |
|------------------------|--------------------------|---|---|------------------|---|------------------|
| | | | Atteso | Osservato | Atteso | Osservato |
| N. campioni analizzati | Documentazione ARPAV | 0 | 80 | | 80 | |
| N. corsi realizzati | | 0 | 2 | | 2 | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|--|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto di controllo dei siti industriali attivi o dismessi ad alto inquinamento ambientale (amianto, prodotti chimici, cancerogeni) |
|---|--|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.7 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.7.3 |
|--|--------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Aspetti generali e analisi di contesto

L'esposizione professionale ad amianto riguarda oggi, dopo l'approvazione della L. 257/92, i lavoratori addetti alle bonifiche dei materiali che lo contengono e i lavoratori che nell'espletamento delle proprie mansioni possono entrare in contatto con impianti o strutture coibentati. Gli addetti alle bonifiche sono fortemente tutelati per effetto delle norme relative al capo III del titolo IX del D.Lgs. 81/2008. Per i restanti potenziali esposti è auspicabile una maggiore tutela e un maggiore interesse degli istituti deputati alla prevenzione. Per definire appropriate ed efficaci attività di controllo dei livelli di protezione di questi lavoratori è utile una ricognizione delle aziende in cui sono presenti materiali contenenti amianto. Il D.M. n° 101 del 18 marzo 2003 individua le procedure per la mappatura degli impianti industriali interessati dalla presenza di questo minerale, affidando alle Regioni i relativi compiti di realizzazione e aggiornamento. La regione Veneto nel maggio 2005, attraverso una serie di azioni condotte a partire dal 1998, ha presentato un primo elenco di aziende, distribuite per Provincia e conseguentemente per territorio competente alle varie ULSS. In tale elenco sono rientrati, sulla base di un censimento condotto tra il 1998 ed il 2001, gli impianti di lavorazione di amianto dismessi, gli impianti attivi o dismessi con presenza di amianto nelle strutture e attrezzature, le imprese i cui dipendenti hanno presentato affezioni da mesotelioma, le imprese i cui dipendenti hanno proposto domanda di prepensionamento. È attuale dunque la necessità di un aggiornamento di questa prima lista che dovrà essere integrata con altre fonti di dati a disposizione degli SPISAL: le relazioni annuali che le imprese che utilizzano anche indirettamente amianto nei processi produttivi o che svolgono attività di bonifica dell'amianto devono inviare alle unità sanitarie locali ex art. 9 L. 257/92 e i documenti di mappatura aziendale dell'amianto in matrice friabile presente negli edifici, comunicati alle unità sanitarie locali da parte dei proprietari degli immobili o del responsabile dell'attività che vi si svolge ai sensi dell'art. 12 L. 257/92 e dell'art. 4 lettera "a" D.M. 6-9-1994.

Negli ultimi anni sono frequenti le bonifiche di terreni inquinati di pertinenza di siti industriali attivi o dismessi. Tali attività hanno lo scopo di portare le aree interessate a livelli di inquinamento ambientale rispondenti ai requisiti definiti dal D.Lgs. 152/06. Si tratta generalmente di inquinamenti misti non solo da amianto, ma anche da sostanze chimiche. Queste attività sono attualmente svolte in assenza di consolidate esperienze di protezione dei lavoratori dalle esposizioni derivanti dalla movimentazione o trattamento dei terreni inquinati. Nella letteratura scientifica non si reperiscono dati che, a partire da livelli di concentrazione di inquinanti nel terreno, definisca stime di esposizione durante la sua movimentazione. Appare dunque evidente la necessità di elaborare una matrice di correlazione tra concentrazione di sostanze chimiche nei terreni e stima dell'esposizione individuale degli addetti alle bonifiche.

Risultati attesi

1. Aggiornare il censimento degli impianti industriali attivi interessati dalla presenza di amianto in matrice friabile
2. Elaborare una matrice di correlazione tra concentrazione di sostanze chimiche nei terreni e stima dell'esposizione individuale degli addetti alle bonifiche

Attività

Relative all'obiettivo 1)

- 1.1. Coordinare gli SPISAL della Regione per la necessaria omogeneità dei metodi
- 1.2. Verificare nel data base della Camera di Commercio lo stato di attività delle aziende presenti nell'elenco del 2001
- 1.3. Analizzare i documenti di mappatura aziendale dell'amianto per definire lo stato attuale di presenza negli impianti produttivi di manufatti che lo contengono
- 1.4. Analizzare le relazioni annuali ex art. 9 L. 257/92 per individuare le aziende che hanno effettuato bonifiche e non hanno presentato il documento di mappatura
- 1.5. Verificare con questionario se nelle aziende di cui sopra permangono materiali contenenti amianto
- 1.6. Aggiornare l'elenco di partenza integrando la lista con le informazioni raccolte

Relative all'obiettivo 2)

- 2.1. Censire le attività di bonifica dei terreni in programma nella ULSS 12 nell'anno di operatività del progetto
- 2.2. Analizzare le analisi di caratterizzazione dei terreni per definire per ogni lotto la presenza e concentrazione delle sostanze inquinanti
- 2.3. Stabilire criteri per individuare le soglie di azione dal punto di vista della protezione dei lavoratori impiegati nelle bonifiche
- 2.4. Individuare i migliori metodi per effettuare i monitoraggi ambientali e biologici durante le bonifiche
- 2.5. Verificare nei cantieri il rispetto delle modalità concordate
- 2.6. Acquisire i risultati analitici
- 2.7. Trasferire i risultati su supporto elettronico
- 2.8. Analizzare i risultati per definire correlazioni tra concentrazioni nel terreno ed esposizioni lavorative

Cronogramma

| Nr. Azione | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
| 1.1 | | X | | | | | | | | | | | | |
| 1.2-2.1 | | | X | X | | | | | | | | | | |
| 1.3 - 1.4 | | | | | X | X | X | X | X | | | | | |
| 1.5 | | | | | | | | | | X | X | X | | |
| 2.2 | | | | X | X | | | | | | | | | |
| 2.3 - 2.4 | | | | | | X | | | | | | | | |
| 2.5-2.6 - 2.7 | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | |
| 1.6 - 2.8 | | | | | | | | | | | | | X | X |

Piano di valutazione

Relative all'obiettivo 1)

- 1.1. Numero di SPISAL aderenti all'attività
- 1.2. Percentuale per ULSS delle aziende presenti nell'elenco del 2001 di cui è stato verificato lo stato di attività
- 1.3. Numero di nuove aziende inserite nell'elenco

Relative all'obiettivo 2)

- 2.1. Numero di bonifiche censite
- 2.2. Definizione dei criteri per individuare le soglie di azione
- 2.3. Numero di metodi analitici individuati per effettuare i monitoraggi ambientali e biologici
- 2.4. Numero di verifiche nei cantieri effettuate
- 2.5. Studio statistico conclusivo

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Sistema regionale della prevenzione e ULSS Lavoratori esposti ad amianto e inquinanti chimici del terreno nelle aree industriali |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

1. Definire strumenti per pianificare attività di controllo dell'esposizione e dei livelli di protezione dei lavoratori potenzialmente esposti ad amianto.
2. Definire standards di protezione dei lavoratori esposti a sostanze chimiche disperse nel terreno durante attività di bonifica (progetto pilota).

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|-------------------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| 1.1. Numero di SPISAL aderenti all'attività | Elenchi regionali | 80% spisal | | 100% spisal | |
| 1.2. Percentuale per ULSS delle aziende presenti nell'elenco del 2001 di cui è stato verificato lo stato di attività | Elenchi regionali | 50% | | 80% | |
| 2.2 Definizione dei criteri | Elenchi regionali | | | Presenti | |
| 2.3 Numero di metodi analitici individuati | Elenchi regionali | Per ogni inquinante monitorato | | Per ogni inquinante monitorato | |
| 2.4. Numero di verifiche nei cantieri effettuate | Elenchi regionali | Almeno una per cantiere | | Almeno una per cantiere | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|---|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Programma di controllo dell'esposizione alle radiazioni non ionizzanti |
|---|---|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.7 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.7.4 |
|--|--------------|

Progetto 1: Progetto di monitoraggio nel campo delle tele radiocomunicazioni (telefonia mobile, impianti radiofonici, impianti televisivi)

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

- **Ambito della problematica:**

Il progetto di monitoraggio nel campo delle teleradiocomunicazioni si inserisce nell'ambito della prevenzione universale e nella linea di intervento generale del contenimento degli inquinanti entro i parametri legislativamente previsti.

Conseguentemente l'obiettivo di salute è costituito dalla riduzione dell'esposizione della popolazione alle radiazioni non ionizzanti utilizzate nel campo delle comunicazioni elettroniche rappresentate dalla telefonia mobile, dagli impianti radiofonici e televisivi, sia in tecnica analogica che in tecnica digitale.

E' infatti da considerarsi oggi una priorità a favore della popolazione regionale e, tra essa, particolarmente quella rappresentata dai bambini, che come tali sono in età evolutiva, avere una dettagliata conoscenza della collocazione sul territorio regionale degli impianti in parola e delle loro caratteristiche tecniche. Pertanto prioritaria è la strutturazione, e la sua continua implementazione, di un catasto informatico di tali tipologie di apparecchiature e, di conseguenza, un costante monitoraggio dei valori di campo elettromagnetico dalle stesse generato.

Va infatti considerato che dalla fine degli anni ottanta dello scorso secolo lo sviluppo nel campo tecnologico soprattutto, ma non solo, nel campo della telefonia mobile, ha portato ad una proliferazione di tali strumenti di comunicazione che, nel contempo, hanno portato ad una parallela innovazione e implementazione della relativa normativa di settore a livello nazionale, regionale e comunitario. A tal riguardo è sufficiente ricordare la seguente legislazione nazionale costituita dalla Legge n. 36/2001 e dal DPCM 08/07/2003 e, a livello regionale, dalla L.R. n. 29/93 e dalla relativa circolare applicativa n. 18/1995.

La recente Delibera di Giunta della Regione Veneto n. 2186 del 21.09.10 ha specificato le direttive e le disposizioni che i gestori di impianti televisivi sono tenuti a effettuare in occasione della transizione dal sistema di trasmissione analogico a quello digitale (Switch Off), che nel Veneto è prevista dal 27 novembre al 15 dicembre. Per poter trasmettere in tecnica digitale, gli operatori televisivi dovranno intervenire sugli apparati trasmettenti; la riconfigurazione degli impianti comporterà a volte la modifica degli stessi, altre volte la riduzione di potenza e/o il cambio della frequenza.

Si tratta quindi di una realtà in continua evoluzione che necessita di un'altrettanta continua attività di monitoraggio al fine di garantire, da parte degli impianti emettitori, l'osservanza dei parametri di emissione di campo elettromagnetico attualmente previsti dal DPCM 08/07/2003. L'attività in parola si inserisce in quella già da tempo in itinere nel territorio regionale veneto e che ha visto, particolarmente nel corso degli ultimi anni,

L'avvio di numerosi procedimenti amministrativi avviati a seguito di monitoraggi effettuati da A.R.P.A.V. che avevano dimostrato la necessità di procedere a riduzioni a conformità a carico di numerosi impianti emettitori non rispettosi dei parametri di emissione di campo elettromagnetico.

L'amministrazione regionale, allo scopo di perseguire l'ottimizzazione dei monitoraggi effettuati da A.R.P.A.V. nell'ambito del settore delle comunicazioni elettroniche e, pertanto, per assicurare tempestivi interventi volti ad assicurare il rispetto dei parametri di emissione dei campi elettromagnetici, ha già previsto e adottato negli scorsi anni (anno 2008) uno specifico "*Piano regionale di monitoraggio e ottimizzazione dell'esposizione ai campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici generati da impianti di telecomunicazione*".

Si tratta di un Piano la cui adozione si è dimostrata necessaria in considerazione del fatto che nelle sette Province del Veneto si è assistito al ricorrere di criticità in materia di cosiddetto "elettrosmog" soprattutto per la difficoltà di garantire nel tempo il permanere del rispetto dei parametri di emissione. Conseguentemente l'intervento regionale non è stato solo mirato ad un intervento, per così dire, immediato e diretto nella singola procedura di riduzione a conformità per ogni singolo episodio di mancato rispetto dei parametri di emissione, ma è stato indirizzato a prevedere una programmazione di interventi mirati, soprattutto, a garantire nel tempo il rispetto delle riduzioni a conformità ottenute.

Proprio a tale scopo sono stati avviati numerosi monitoraggi mediante la collocazione di centraline di monitoraggio in continuo. Con tali centraline infatti si ottengono risultati caratterizzati da un costante monitoraggio di un sito in tempo pressoché reale con segnalazione, pertanto, di ogni possibile scostamento dai parametri fissati dalla legislazione.

Lo scopo principale del Piano in parola è stato dunque quello di avere, per ciascun sito critico in relazione alla concentrazione di impianti emettitori presenti, un costante monitoraggio che permetta, di conseguenza, un intervento il più immediato e incisivo possibile a tutela della salute della popolazione.

Allo scopo di assicurare ancor maggiormente l'intervento regionale in tale settore, nel corso del 2009 si è dato corso alla stipula di una apposita convenzione tra Regione Veneto e A.R.P.A.V. allo scopo di regolare i rapporti tra le due Amministrazioni per ottimizzare il controllo degli impianti di comunicazione elettronica in tecnica analogica e digitale per la diffusione sonora, televisiva e della telefonia cellulare, prevedendo altresì la stipula di una specifica convenzione tra A.R.P.A.V. e Università degli Studi di Padova – Facoltà di Giurisprudenza – finalizzata a garantire, da parte di quest'ultima, il necessario supporto tecnico-giuridico all'Amministrazione regionale e ad A.R.P.A.V.

Tutto ciò premesso, ben si comprende come il fenomeno in parola nel territorio veneto sia di considerevole impatto per cui, in considerazione di ciò, appare necessario proseguire sia nell'implementazione del catasto informatizzato di tali fonti di pressione, sia il controllo delle emissioni di queste ultime per il tramite sia di monitoraggi "a spot", sia di monitoraggi a mezzo di centraline di rilevazione in continuo.

- **Caratteristiche del progetto:**

Tra il 27 novembre e il 15 dicembre è prevista l'entrata in regime della trasmissione in tecnica digitale che comporterà la riconfigurazione di tutti gli impianti TV presenti sul territorio regionale.

Il presente progetto pertanto oltre a prevedere attività che si inquadrano in quanto già avviato negli ultimi anni nel territorio regionale, prevede anche dei monitoraggi specifici per assicurare il controllo e la verifica dei valori di campo elettrico prodotto dagli impianti che saranno soggetti a riconfigurazioni a seguito dello SWITCH OFF; tale progetto verrà effettuato da ARPAV ed è strutturato in 5 fasi.

1) Report aggiornativi quadrimestrali

in ordine a consistenza, degli impianti radiofonici, televisivi e per la telefonia cellulare presenti sul territorio del Veneto, suddivisi per territorio provinciale e in ordine agli scostamenti/superamenti dei valori di campo elettrico prodotto rispetto ai parametri di legge; vengono allegate le schede riassuntive dei risultati delle campagne effettuate.

2) Monitoraggio in continuo con apposite centraline nei siti regionali ove sussiste maggiore concentrazione di impianti televisivi.

Monitoraggio di 35 siti considerati critici per il numero di impianti TV presenti (o per la potenza impiegata) e quindi riconfigurati. Al fine di monitorare l'evoluzione temporale delle riconfigurazioni si prevede, un monitoraggio di 2 mesi non consecutivi.

3) Monitoraggio in continuo con apposite centraline nei siti già in passato, o attualmente, oggetto di procedure di riduzione a conformità con presenza di TV.

Tra il 2004 e il 2010 inclusi si sono registrati in tutto il territorio regionale diversi casi di superamento delle soglie di legge, poi in buona parte rientrati. Alcuni di questi siti comprendono impianti TV che verranno riconfigurati nell'ambito del passaggio dal sistema analogico a quello digitale.

Monitoraggio di 6 siti per misurare l'evoluzione temporale delle riconfigurazioni prevedendo per ogni sito un monitoraggio di 1 mese subito dopo l'avvio della trasmissione con segnale digitale e un monitoraggio di un altro mese dopo circa un anno.

4) Monitoraggio in continuo con apposite centraline dei siti particolarmente delicati quanto a consistenza numerica di impianti di telefonia cellulare.

A completamento di quanto avviato nel precedente progetto di monitoraggio svolto negli anni 2008-2009 è previsto il monitoraggio di 14 siti considerati critici in quanto a consistenza di Stazioni Radio Base e in quanto a valori di campo elettrico calcolato in fase di procedimento autorizzatorio.

5) Aggiornamento del catasto degli impianti RTV

A seguito dello Switch Off tutti gli impianti televisivi saranno riconfigurati; sarà necessario quindi provvedere al popolamento di tutti gli impianti e delle loro caratteristiche tecniche nel Data Base degli impianti RTV. L'attività sarà svolta da personale dedicato che popolerà il Data Base a partire dalle schede FMTV compilate dai Gestori in fase di attivazione degli impianti come stabilito dalla DGRV n. 2186 del 21.09.10.

Tabella riepilogativa di quanto ARPAV provvederà a produrre:

| obiettivi | Numero di campagne/report o descrizione dell'attività Entro 12 mesi dall'avvio del progetto | Numero di campagne/report o descrizione dell'attività Entro 24 mesi dall'avvio del progetto |
|--|---|--|
| Report aggiornativi quadrimestrali | 3 | 6 |
| Monitoraggio di 1 mese ove sussiste maggiore concentrazione di impianti televisivi * | 35* | 70* |
| Monitoraggio di 1 mese nei siti oggetto di procedure di riduzione a conformità con presenza di TV. | 6 | 12 |
| Monitoraggio di 1 mese nei siti SRB critici | 7 | 14 |
| Aggiornamento del catasto degli impianti RTV | | Popolamento del catasto con gli impianti TV riconfigurati |

* in assenza di impianti televisivi (o presenza di impianti poco significativi) ma elevata presenza di siti radio, i Dipartimenti ARPAV Provinciali indirizzeranno i monitoraggi su questi ultimi.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Popolazione esposta a valori potenzialmente critici di campo elettrico generato da impianti per teleradiocomunicazioni |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di processo perseguiti:

| indicatori | Fonte di verifica | Valore dell'indicatore al 31.12.10 | Valore dell'indicatore al 31.12.11 | | Valore dell'indicatore al 31.12.12 | |
|--|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------|------------------------------------|-----------|
| | | | Atteso | Osservato | Atteso | osservato |
| Report | Documentazione ARPAV | 0 | 3 | | 6 | |
| Campagne di monitoraggio | Documentazione ARPAV | 0 | 48 | | 96 | |
| Aggiornamento del catasto degli impianti RTV | Documentazione ARPAV | 0 | 0 | | 1 | |

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Programma di controllo dell'esposizione alle radiazioni non ionizzanti |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.7 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.7.4 |

Progetto 2: Progetto di monitoraggio delle cabine di trasformazione dell'energia elettrica

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

- **Ambito della problematica:**

Il progetto monitoraggio delle cabine di trasformazione dell'energia elettrica si inserisce nell'ambito della prevenzione universale e nella linea di intervento generale del contenimento degli inquinanti entro i parametri legislativamente previsti.

Conseguentemente l'obiettivo di salute è costituito dalla riduzione dell'esposizione della popolazione alle radiazioni non ionizzanti generate da tali cabine di trasformazione che, proprio per le loro caratteristiche tecniche, spesso sono collocate presso luoghi qualificabili come ambienti di vita (edifici residenziali, scolastici, aree gioco etc.).

E' sufficiente infatti rammentare l'urbanistica e l'edilizia di numerose città del Veneto per rendersi conto del fatto che alquanto di sovente la collocazione di tali cabine è situata all'interno di edifici che spesso ospitano le dimore di cittadini e le scuole, con conseguente necessità di conoscere i valori di campo elettromagnetico generati dalle cabine medesime nell'ottica di assicurare il rispetto dei parametri di emissione previsti dalla legge per il tramite di eventuali interventi strutturali o di manutenzione. Il problema riguarda principalmente le vecchie cabine installate prima dell'8 luglio 2003, data di pubblicazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM 8/7/2003 "Fissazione dei limiti di esposizione, dei valori di attenzione e degli obiettivi di qualità per la protezione della popolazione dalle esposizioni ai campi elettrici e magnetici alla frequenza di rete (50 Hz) generati dagli elettrodotti"); tale decreto, come stabilito nella Legge Quadro n. 26 del 22/02/2001, introduce precise soglie di riferimento per la protezione della popolazione da possibili effetti a lungo termine causati dall'esposizione a campi elettrici e magnetici generati da linee e cabine elettriche; definisce inoltre i criteri per il calcolo delle fasce di rispetto da applicare agli elettrodotti, all'interno delle quali non è consentita alcuna destinazione di edifici ad uso residenziale, scolastico, sanitario ovvero ad un uso che comporti una permanenza non inferiore a 4 ore giornaliere. Pertanto, a seguito dell'entrata in vigore di tale Decreto, le nuove cabine devono essere installate ad una distanza da edifici/luoghi destinati alla permanenza prolungata di persone tale da garantire il rispetto dei parametri previsti dalla legge per la protezione da possibili effetti a lungo termine.

Va ricordato a tal riguardo che la letteratura medica presenta dei dati sia pur non unanimemente concordanti ma certamente sufficientemente indicativi della necessità di particolare attenzione all'esposizione alle basse frequenze, soprattutto nei confronti della cittadinanza in età pediatrica e scolare dato il suo periodo evolutivo. Si propone pertanto, nell'ambito del presente progetto, di

focalizzare l'attenzione sulle cabine elettriche presenti nelle scuole che, come segnalato da alcuni superamenti registrati recentemente da ARPAV, possono dare origine a livelli elevati di induzione magnetica in ambienti in cui la permanenza giornaliera di bambini e adolescenti supera le 4 ore giornaliere.

• Caratteristiche del progetto:

Il presente progetto verrà effettuato da ARPAV ed è strutturato in tre fasi.

1° Fase: censimento di tutte le scuole del Veneto (nidi, scuole dell'infanzia, scuole primarie e scuole secondarie di primo grado)

Ad oggi non è disponibile un catasto completo delle cabine elettriche; è pertanto indispensabile procedere con un censimento di tutte le scuole del territorio Regionale al fine di individuare gli edifici scolastici interessati dalla presenza di cabine elettriche all'interno o nelle immediate vicinanze (cortili, spazi verdi, palestre etc). Dato che non si dispone di un archivio completo delle strutture scolastiche pubbliche e private comprendente le tipologie di interesse, ARPAV provvederà a contattare direttamente tutte le scuole, alle quali verrà inviato un questionario informativo per la raccolta dei dati relativi alla presenza o meno di cabine elettriche. Le scuole così individuate saranno sottoposte, se necessario, ad ulteriori approfondimenti per accertare l'esatta collocazione geografica delle cabine e, ove possibile, le caratteristiche tecniche.

ARPAV provvederà a completare la prima fase entro tre mesi dalla data di avvio del progetto, e produrrà un report, suddiviso per Provincia, contenente le informazioni relative a tutti gli edifici scolastici interessati dalla presenza di cabine; verranno specificati la collocazione della cabina (interna all'edificio, esterna nel cortile, adiacente alla palestra, etc.), e, ove possibile, i dati tecnici della cabina stessa.

2° fase: stesura di un protocollo di misura, in applicazione ed integrazione del Decreto Ministeriale 29/05/2008 "Approvazione delle procedure di misura e valutazione dell'induzione magnetica"

Il Decreto Ministeriale 29 maggio 2008 all'art. 5 fornisce una serie di indicazioni per la misura dell'induzione magnetica. Il campo generato da cabine elettriche, diversamente da quello prodotto da linee elettriche, è fortemente non omogeneo; pertanto i rilievi dovranno essere effettuati in diversi punti in modo da garantire una corretta caratterizzazione dell'induzione magnetica. Il protocollo fornirà i criteri per la definizione di una griglia di punti di misura adatta per valutare il campo prodotto dalle cabine e la tipologia di campionamento. Il protocollo garantisce uniformità di comportamento per le misure su tutto il territorio regionale.

ARPAV entro due mesi dalla data di avvio del progetto provvederà a completare la seconda fase e produrrà lo specifico protocollo di misura in parola.

3° fase: verifica dei livelli di induzione magnetica generati dalle cabine elettriche collocate all'interno delle scuole

La terza fase prevede da parte di ARPAV il monitoraggio e la verifica dei valori di induzione magnetica, secondo il protocollo elaborato nella fase 2, generati dalle cabine di trasformazione allocate all'interno o nei pressi delle scuole censite nella fase 1. Sono previsti 70 sopralluoghi e 56 misure da effettuarsi nelle situazioni maggiormente critiche individuate sul campo. Per tutte le situazioni in cui sia accertato il superamento delle soglie di legge, ARPAV garantirà supporto tecnico nell'ambito delle attività ordinarie.

ARPAV provvederà a completare entro 24 mesi dall'avvio del progetto la terza fase; per ogni campagna di misura effettuata e per ogni sopralluogo verrà prodotto uno specifico report, contenente il dettaglio delle misure effettuate e le informazioni generali riguardanti la scuola, la collocazione e le

caratteristiche tecniche delle cabine. Al termine del progetto verrà predisposta una relazione tecnica riassuntiva dell'attività svolta.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Bambini e adolescenti in età prescolare e scolare e corpo docente e non docente negli asili nidi, scuole dell'infanzia, scuole primarie e scuole secondarie di primo grado pubbliche e private. |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di processo perseguiti:

| Indicatori | Fonte di verifica | Valore dell'indicatore al 31.12.10 | Valore dell'indicatore al 31.12.11 | | Valore dell'indicatore al 31.12.12 | |
|--------------------------|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------|------------------------------------|-----------|
| | | | Atteso | Osservato | Atteso | osservato |
| Report sul censimento | Documentazione ARPAV | 0 | 1 | | 1 | |
| Protocollo di misura | Documentazione ARPAV | 0 | 1 | | 1 | |
| n. di cabine controllate | Documentazione ARPAV | 0 | 21 | | 70 | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE DEL VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Prodotti fitosanitari e tutela della salute |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella1 | 2.7 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.7.5 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato:

Analisi del contesto, il quadro di riferimento regionale e gli obiettivi

L'ancora consistente realtà agricola del Veneto e l'impiego sempre più diffuso dei prodotti fitosanitari in svariati ambiti extragricoli, confermano l'importanza di considerare il fenomeno dell'utilizzazione di tali prodotti come fattore direttamente influente sulla salute della popolazione.

In Veneto esistono poco più di 700 rivendite di prodotti fitosanitari autorizzate e i dati ISTAT più recenti indicano in circa 180.000 il numero delle imprese agricole esistenti sul territorio.

Pertanto, se si considerano anche le realtà extragricole (quali, ad esempio, i cigli stradali, le linee ferroviarie, il verde pubblico, le aree dedicate allo sport e al tempo libero, ecc), l'utilizzo di prodotti fitosanitari rappresenta un fenomeno rilevante in ambito regionale.

La necessità di preservare specifiche aree particolarmente vulnerabili e sensibili della regione da un indiscriminato impiego delle sostanze, unita alla considerazione di ogni singolo contesto in relazione alla sua caratterizzazione derivante dalla produzione agricola prevalente, comporta interventi mirati da parte delle Aziende ULSS che devono porre la massima attenzione al fine di evitare comportamenti e metodiche contrastanti con le fondamentali esigenze di tutela della salute.

In attuazione della normativa nazionale rappresentata dal D.Lgs. n. 194/95 e dal DPR n. 290/2001, la Regione del Veneto ha avviato, con DGR n. 136/2003, un articolato sistema di intervento di tutela sanitaria nel settore.

Il miglioramento dell'azione di prevenzione complessiva nell'ambito della problematica dei prodotti fitosanitari è stato tuttavia accompagnato dalla consapevolezza di significativi ambiti e criticità, in riferimento ai quali è necessario accentuare la presenza e la sorveglianza delle Aziende ULSS.

Relativamente alla commercializzazione dei prodotti fitosanitari è necessario verificare aspetti qualitativi e quantitativi che possono avere un riflesso sulla salute dei residenti nelle zone agricole, sui consumatori di alimenti e bevande, evitando la permanenza di prodotti revocati per qualsiasi motivo dal Ministero della Salute.

Per questo si ritiene opportuno provvedere, da parte degli operatori di vigilanza sanitaria, alla formazione dei venditori e degli utilizzatori dei prodotti fitosanitari, sia diretti (agricoltori), sia indiretti (contoterzisti).

Le criticità

La commercializzazione di prodotti fitosanitari, in particolare nelle zone confinarie con Emilia Romagna, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, PP.AA. di Trento e Bolzano, può essere influenzata da fatti non controllabili come acquisiti in mobilità esterna (acquisto di prodotti fitosanitari effettuati da residente Veneto extra territorio regionale) ed interna (acquisto di fitosanitari nel Veneto e utilizzazione da parte di residenti in altre Regioni nel proprio territorio). Non è quindi facile delineare un nesso di causalità e conseguentemente mappe di rischio correlate a specifici prodotti e al rispettivo impiego.

Tuttavia, anche attraverso un progressivo affinamento del sistema di rilevazione dei dati di vendita dei prodotti fitosanitari e di elaborazione degli stessi dati, le dichiarazioni annuali costituiscono conseguentemente un

significativo ed attendibile indicatore circa caratteri e peculiarità del commercio (e quindi utilizzo) dei prodotti in questione nella regione.

Linea di intervento generale

Sulla base del sistema regionale avviato con DGR n. 136 del 31.1.2003 (Progetto Regionale FAS “Fitosanitari – Ambiente – Salute”), nel 2011-2012 si intende rafforzare le seguenti linee progettuali:

- archiviazione ed elaborazione dei dati di vendita dei prodotti fitosanitari;
- attività di controllo su commercio ed impiego dei prodotti fitosanitari;
- attività formativa a favore degli operatori del settore.

Contenuti del progetto

- Predisposizione di nuova fase di archiviazione ed elaborazione dei dati provenienti dalle annuali dichiarazioni dei prodotti fitosanitari, a partire dal 2010 fino al 2012;
- Caratterizzazione dell’attività di vigilanza sanitaria 2010-2012 presso i rivenditori e nella fase di impiego dei prodotti fitosanitari, conseguente ai risultati della rilevazione sui prodotti fitosanitari annualmente venduti in ambito regionale;
- Organizzazione da parte di ciascuna Azienda ULSS di eventi formativi e manifestazioni nel triennio 2010-2012, attraverso il coinvolgimento degli operatori di settore e rappresentanze di categoria dei venditori e degli utilizzatori di prodotti fitosanitari, così da suggerire criteri, metodi e buone pratiche al fine di evitare l’inappropriata e non corretta utilizzazione degli stessi prodotti.

Mezzi e strumenti di attuazione

Il sistema di rilevazione dei dati di vendita dei prodotti fitosanitari, la loro archiviazione e la conseguente elaborazione ai fini statistici circa la loro distribuzione territoriale è garantito, per l’anno 2010, mediante specifico finanziamento regionale di € 70.000,00, avalere sul capitolo di bilancio regionale n. **101022/2010**.

Le attività di vigilanza e controllo sanitario previste nel settore della vendita ed impiego dei prodotti fitosanitari rientrano nella programmazione regionale che annualmente è proposta quale attività istituzionale prevista dalla normativa (D.Lgs. n. 194/1995, art. 17) e pertanto non comportano un ulteriore onere finanziario.

L’attività formativa, costituita da 2 eventi da rivolgere ai venditori e agli utilizzatori (e loro rappresentanze) è da considerare quale utile strumento per la valorizzazione dell’attività di controllo e pertanto un naturale presupposto all’effettuazione dei sopralluoghi di verifica igienico-sanitaria.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | <ul style="list-style-type: none">- gli operatori del settore addetti alla vendita dei prodotti fitosanitari e loro rappresentanze di categoria;- gli operatori del settore impegnati nei trattamenti con i prodotti fitosanitari (agricoltori, contoterzisti, addetti alla cura delle aree verdi, ecc.) e loro rappresentanze;- la popolazione. |
|-----------------------|--|

| 7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti | <u>Formativi</u> Le Aziende ULSS sosterranno un'attività formativa di educazione e promozione della salute rivolta agli operatori del settore (vendita ed utilizzo dei prodotti fitosanitari) <u>Di processo</u> Al fine di addivenire ad una risposta coerente di medicina preventiva nell'ambito di valutazione di rischio sostenibile, si intende approfondire la conoscenza sulle dinamiche della commercializzazione dei prodotti fitosanitari come indicatore significativo dell'utilizzo degli stessi in ambito regionale. Attraverso una logica sequenziale, l'azione di controllo e vigilanza sanitaria corrisponde all'obiettivo di intervenire opportunamente nei casi di ipotesi di irregolare commercializzazione dei prodotti fitosanitari. Questa azione è motivata dal principio che un prodotto fitosanitario scaduto o in commercio senza la prescritta autorizzazione o secondo circostanze di sostanziale irregolarità, rappresenta una situazione di un potenziale danno alla salute. <u>Di salute</u> Prevenire stati patologici, correlati alla vendita e all'impiego dei prodotti fitosanitari. | | | | | |
|---|--|-------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| | INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2010 | VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2012 |
| ATTESO | | | | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| <u>Per ogni Azienda ULSS</u> sopralluoghi presso: a) le rivendite; b) 50 utilizzatori di prodotti fitosanitari | Relazioni annuali sull'attività di controllo effettuata dalle Aziende ULSS | a) 33% b) 100% | a) 33% b) 100% | / | a) 33% b) 100% | / |
| Realizzazione di 2 eventi di formazione | Relazioni annuali sull'attività di controllo effettuata dalle Aziende ULSS | n. d. | 100% | / | 100% | / |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|--|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Inquinamento indoor: monitoraggio microclima nelle scuole e negli impianti natatori |
|---|--|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.7 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.7.6 |
|--|--------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

- **Ambito della problematica**

L'acquisizione di elementi di conoscenza riferiti ad ambienti indoor a fruizione collettiva, quali scuole e impianti natatori consentono di elaborare specifiche disposizioni tecniche a garanzia dell'igienicità e della salubrità per il miglioramento degli ambienti di vita ad elevata frequentazione.

La deliberazione n. 4019 del 22/12/2009 ha approvato le prime iniziative per il miglioramento degli ambienti di vita ad elevata frequentazione.

Priorità nella realizzazione del progetto va data anche alla ricognizione degli impianti natatori e costituzione di una banca dati quale presupposto per avviare adeguate iniziative sul piano formativo e di educazione alla salute.

Da qui discende la necessità di dare nuovo impulso all'attività di raccolta e aggiornamento dati con la migrazione del database costituito presso l'ULSS 12, su una piattaforma informatica accessibile da parte degli operatori di tutte le ULSS, integrando l'applicativo con moduli che consentano sia gli inserimenti dei dati anagrafici e dimensionali degli impianti, che la registrazione dell'attività quotidiana di ciascuna ULSS, per ciascun impianto; nonché consentano a ciascuna Azienda ULSS di estrapolare al bisogno i dati di attività svolta.

- **Caratteristiche del progetto**

Il progetto, oltre a verificare l'adeguatezza dell'ambiente scolastico e indoor, permette di proporre eventuali misure correttive da parte dei Dipartimenti di Prevenzione, nel tempo, consente di migliorare le caratteristiche degli impianti per il miglioramento della salute collettiva, coinvolgendo gradualmente anche la popolazione per fascia di età, con particolare riguardo alla popolazione scolastica.

Azioni programmate:

- Indagine ambientale in ambienti scolastici ed impianti natatori
- Implementazione interfaccia web alla banca dati degli impianti natatori

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Popolazione scolastica e frequentatori impianti natatori |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di processo perseguiti:

| Indicatori | Fonte di verifica | Valore dell'indicatore al 31.12.10 | Valore dell'indicatore al 31.12.11 | | Valore dell'indicatore al 31.12.12 | |
|--------------------------|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------|------------------------------------|-----------|
| | | | Atteso | Osservato | Atteso | Osservato |
| N. ambienti monitorati | Documentazione ARPAV | 0 | 10 | | 10 | |
| Realizzazione banca dati | | | attuata | | implementata | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|--|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto di controllo e monitoraggio del gas radon negli edifici scolastici adibiti ad asili nido e scuole materne, pubblici e privati, nei Comuni capoluogo di provincia |
|---|--|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.7 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.7.7 |
|--|--------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

- **Ambito della problematica:**

Il gas radon, gas radioattivo naturale, proviene principalmente dal sottosuolo: è prodotto dal decadimento dell'Uranio, componente radioattivo primordiale del pianeta Terra. Essendo un gas, il radon fuoriesce continuamente dal terreno: all'aperto si disperde miscelandosi con l'aria presente in atmosfera, mentre all'interno di ambienti chiusi può concentrarsi raggiungendo livelli elevati.

Il radon emette delle radiazioni ionizzanti che per esposizioni prolungate possono provocare l'insorgenza di tumori al polmone: l'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che il radon e le sostanze radioattive da esso generate costituiscono la seconda causa di tumore al polmone dopo il fumo di sigaretta, con il quale ha un effetto sinergico, vale a dire che, in presenza di radon, sono proprio i fumatori che rischiano di più a causa dell'effetto combinato dei due agenti inquinanti.

In considerazione della pericolosità del radon per la salute dell'uomo, già alla fine degli anni '80 è stata condotta un'indagine nazionale sull'esposizione al gas radon nelle abitazioni, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità e ISPRA, in cui sono stati stimati i valori medi annui di concentrazione di radon nelle singole Regioni: per il Veneto il valore è risultato non elevato (59 Bq/m³).

La Regione Veneto ha poi effettuato, alla fine degli anni '90, in collaborazione con A.R.P.A.V., una indagine di approfondimento nelle abitazioni in quella parte di territorio che era emerso avere dall'indagine nazionale livelli più elevati; l'iniziativa ha portato alla definizione della mappa delle zone a rischio (quelle in cui si stima che più del 10% delle abitazioni superi il livello di riferimento di 200 Bq/m³) e dei relativi Comuni.

La Regione ha poi fissato, con specifico provvedimento di Giunta regionale, in 200 Bq/m³ il livello di riferimento per le abitazioni oltre il quale è consigliabile intraprendere la bonifica e ha incaricato A.R.P.A.V. di una serie di ulteriori azioni di prevenzione. Mediamente è stato stimato che il 14% delle abitazioni a piano terra ubicate nei Comuni a maggiore rischio possa presentare concentrazioni di radon superiori al citato livello di riferimento. Non è escluso, naturalmente, che abitazioni situate fuori dai Comuni a più alto potenziale, possano presentare elevate concentrazioni di radon.

Azioni di prevenzione sono state avviate e condotte gratuitamente per la misurazione della concentrazione di radon in tutte le scuole (pubbliche e private fino alle medie incluse), ubicate prevalentemente nelle aree preventivamente individuate ad alto potenziale di radon, per un totale di circa 800 edifici monitorati. L'indagine si è conclusa a settembre 2006. In collaborazione con lo IUAV

(l'Istituto Universitario di Architettura di Venezia) sono state, inoltre, sviluppate sperimentazioni di bonifiche su alcune abitazioni e scuole con elevati valori di radon.

Ultima iniziativa in ordine cronologico in materia di radon, è quella deliberata dalla Giunta regionale nel corso del 2009 e finalizzata, in collaborazione con A.R.P.A.V., all'effettuazione, a partire da gennaio 2010, di un monitoraggio in circa 295 edifici scolastici (pubblici e privati fino alle medie incluse) di 67 Comuni del Veneto collocati geograficamente in aree non oggetto della precedente indagine: sono stati selezionati quei Comuni in cui la quota delle abitazioni che superano il livello di riferimento regionale è stimata maggiore o uguale al 4.3 %.

Il presente Progetto si inserisce all'interno di un piano regionale che prevede di monitorare le scuole nidi e materne di tutti i Comuni del Veneto per stadi via via progressivi, tenendo in debita considerazione la mappatura regionale delle aree a maggior potenziale di radon, la copertura spaziale dei dati su base provinciale, le caratteristiche geologiche del territorio regionale, il numero stimato di edifici scolastici da monitorare.

La motivazione di tale scelta deriva dall'attenzione particolare dovuta alla fascia di età della popolazione che frequenta gli edifici scolastici; tra questi ultimi, le indagini finora condotte hanno permesso di rilevare che i livelli di radon misurati per la tipologia " nidi e materne" sono, mediamente, superiori a quelli misurati per "elementari e medie", evidenziando la dipendenza della presenza di gas dalle caratteristiche costruttive dell'edificio. Tipicamente, nel primo caso, si tratta di costruzioni che si sviluppano principalmente ai piani bassi, caratterizzate da un più rilevante contatto con il terreno e, di conseguenza, maggiormente soggette all'afflusso del gas dal sottosuolo.

• Caratteristiche del progetto:

Il presente progetto vede la collaborazione di ARPAV e prevede il monitoraggio degli edifici scolastici adibiti a materne e nidi nei Capoluoghi di Provincia ubicati in territori a maggior potenziale di radon (ove non già monitorati).

Saranno oggetto di indagine i Comuni di Verona, Padova e Treviso. Le scuole dei Comuni di Vicenza e Belluno sono già state monitorate nell'ambito dell'indagine 2003-2006; sono esclusi in questa fase i Comuni di Venezia e Rovigo caratterizzati dal substrato geologico argilloso che limita la presenza di gas radon in superficie.

| Provincia | N. stimato di scuole (materne e nidi) da monitorare |
|------------------|---|
| Belluno | - (il monitoraggio è stato condotto nella campagna regionale 2003-2006) |
| Padova | 110 |
| Rovigo | - |
| Treviso | 80 |
| Venezia | - |
| Vicenza | - (il monitoraggio è stato condotto nella campagna regionale 2003-2006) |
| Verona | 120 |

Operativamente si procederà nel seguente modo:

- 1- Censimento delle strutture scolastiche a cura di ARPAV- SOAF da monitorare
- 2- Sopralluoghi da parte del personale dei Dipartimenti Provinciali ARPAV interessati e posizionamento dei dispositivi di misura.

Le 2 attività saranno completate entro il 31.12.2011

- 3- Ritiro dei dispositivi di misura da parte del personale dei Dipartimenti Provinciali ARPAV interessati
- 4- Analisi di tutti i dispositivi di misura presso il Dipartimento Provinciale di Verona (SOAF)
- 5- Elaborazione dei dati e reportistica a cura del Dipartimento Provinciale di Verona (SOAF)

Le 3 attività saranno completate entro il 31.12.2012

Complessivamente, si stima di controllare circa 310 edifici scolastici adibiti a nidi e materne, pubblici e privati, attraverso misure annuali in mediamente 4 punti con dosimetri passivi a traccia.

ARPAV trasmetterà gli esiti dei monitoraggi alle Amministrazioni comunali e alle scuole private e renderà disponibili i risultati dell'intera campagna sul sito internet.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Bambini in età scolare e prescolare e corpo docente e non docente negli asili nidi e scuole materne pubblici e privati nei seguenti Comuni capoluogo di provincia: Padova, Treviso, Verona. |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di processo perseguiti:

| Indicatori | Fonte di verifica | Valore dell'indicatore al 31.12.10 | Valore dell'indicatore al 31.12.11 | | Valore dell'indicatore al 31.12.12 | |
|--------------------------------------|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------|------------------------------------|-----------|
| | | | Atteso | Osservato | Atteso | osservato |
| Report sul censimento | Documentazione ARPAV | 0 | 1 | | 1 | |
| N. di scuole monitorate | Documentazione ARPAV | 0 | 0 | | 310 | |
| Report dell'attività di monitoraggio | Documentazione ARPAV | 0 | 0 | | 1 | |

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto di sperimentazione sull'utilizzo della Valutazione degli Impatti sulla Salute (VIS) a supporto dell'espressione dei pareri dei Dipartimenti di prevenzione in Conferenza dei Servizi nella Regione Veneto |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.7 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.7.8 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Il presente progetto si inserisce nell'ambito del progetto generale CCM -ad identico titolo- approvato dal Ministero della Salute in data 9 ottobre 2010 ed affidato alla regione Emilia-Romagna ed al quale la regione Veneto collabora attraverso la partecipazione delle Aziende ULSS nn. 16 -18 e 22.

La Valutazione di Impatto Sanitario è lo strumento di elezione per integrare la valutazione dei rischi di impatto sulla salute in diversi contesti collegiali (conferenze dei servizi e simili) in cui sono oggetto di valutazione principale aspetti di tipo ambientale (VAS, VIA, AIA ...) od urbanistico (PATI, piani di attuazione ...) e nei quali i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS portano, a diverso titolo, il proprio contributo tecnico. Tuttavia, mentre esistono in Italia esperienze consolidate e procedure formali per l'espressione di pareri in materia di valutazione delle caratteristiche igienico-sanitarie di progetti di edifici a diversa destinazione d'uso, ivi compresi gli insediamenti produttivi, per effettuare i quali sono utilizzati standard di valutazione sperimentati e ben definiti, oltreché indicati dalle norme vigenti, non si può dire altrettanto per procedure analoghe che permettano di stimare e valutare in modo estensivo ed integrato gli impatti complessivi sulla salute.

Nella Regione Veneto non è attualmente previsto, in linea generale, un ruolo attivo formale del Dipartimento nelle fasi autorizzative disciplinate dalla vigente normativa ambientale (conferenze dei servizi 'decisorie' in materia VIA, VAS, AIA ...), mentre per quanto attiene al parere ex art. 220 del TULLSS, oggi sostituito da quello previsto dal DPR 6 giugno 2001, n. 380 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia", è abituale assunzione che tale parere si debba riferire alla struttura edilizia di per sé, asseverando l'assenza di cause di insalubrità (od altri fattori di rischio sanitario) per gli occupanti o comunque per le persone presenti al suo interno. Appare quindi quanto meno problematico esprimere in tale fase valutazioni -anche di possibile natura ostativa- in ordine all'eventuale inquinamento attribuibile alla struttura da edificare, in ragione altresì del fatto che per le stesse sono previsti momenti appropriati dalle numerose disposizioni normative che disciplinano specificamente gli aspetti autorizzativi ambientali.

Nondimeno appare coerente con il ruolo generale di tutela della salute dei cittadini la segnalazione, da parte dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione alle Autorità competenti, in primo luogo i Sindaci, in qualità di Autorità Sanitarie Locali, di ogni rilievo e/o indicazione in materia di possibile pregiudizio per la salute della collettività che dovesse emergere nel corso di istruttorie del tipo indicato.

In coerenza con quanto sopra i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione assicurano già abitualmente, di massima ed all'interno di appropriati momenti di confronto istituzionali (conferenze di servizio 'istruttorie'), il proprio supporto tecnico all'Autorità Sanitaria ed ai decisori amministrativi.

Con riferimento alle problematiche e criticità sopra descritte appare quindi del tutto opportuna la sperimentazione dell'utilizzo di un protocollo formale per la Valutazione degli Impatti sulla Salute (VIS) a supporto dell'espressione dei pareri dei Dipartimenti di prevenzione in Conferenza dei Servizi nella Regione Veneto. Le modalità di tale sperimentazione ed i risultati attesi sono dettagliatamente descritti nel progetto CCM citato in premessa ed approvato dal Ministero della Salute, al quale si rimanda.

L'attività prevista dal progetto, che prevede una fase di tipo formativo ed una fase di tipo attuativo-sperimentale, risulta del tutto coerente con il precedente Piano Regionale per la Prevenzione e le attività conseguentemente svolte, con le premesse di cui al quadro strategico del presente Piano e con quanto previsto dai LEA.

Per quanto attiene al primo punto risulta infatti più volte auspicato, da parte di operatori, in particolare dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, che vi sia la possibilità di partecipare in modo sistematico al processo istruttorio riferito anche agli aspetti ambientali di cui sopra, con l'espressione di un parere formale, sempreché, tuttavia, tale partecipazione sia convenientemente disciplinata e se ne prevedano modalità ed ambito.

Sono stati, allo scopo di garantire un'adeguata formazione 'di base' in materia, realizzati, in passato, specifici eventi formativi di carattere interdisciplinare relativi all'argomento, quali:

- corso di formazione "Valutazione del rischio sanitario determinato da fonti di inquinamento ambientale: aspetti tossicologici ed epidemiologici." tenutosi a Verona in data 1 e 2 dicembre 2004;
- corso di formazione "Valutazione del rischio sanitario ambiente correlato" tenutosi a Verona in data 9 e 10 Maggio 2006;
- corso di aggiornamento in materia di valutazione del rischio sanitario ambiente correlato per i Dipartimenti di prevenzione della Provincia di Verona, tenutosi a Verona in data 29 e 30 marzo 2007.

In ordine a quanto previsto dai LEA, sebbene, a seguito del risultato del referendum popolare abrogativo del 18/19 Aprile 1993, giusta quanto disposto dal D.P.R. 177/93, non competano più ai Dipartimenti di Prevenzione della ULSS le prestazioni e funzioni in materia di igiene dell'ambiente, trasferite all'ARPAV, nondimeno, tra le funzioni di prevenzione collettiva e di sanità pubblica previste dall'art. 7-ter del D- Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (e successive modificazioni ed integrazioni) e ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), permane "la tutela della collettività dai rischi connessi con gli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali". Tale tutela è perlopiù esercitata mediante la verifica e la valutazione dell'impatto sulla salute umana determinato da fonti di inquinamento ambientale, sulla base degli scenari e degli accertamenti predisposti dagli organi competenti in materia di controlli ambientali.

La necessità di garantire le azioni di cui sopra, tanto più in epoca di crescente interesse dell'opinione pubblica e delle Amministrazioni Locali ai problemi di salute ambiente correlati, unita all'enorme quantità di informazioni sui rischi ambientali rese disponibili a chiunque attraverso la rete Internet, pone l'obbligo di mantenere e potenziare, all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione, la presenza di figure tecniche e dirigenziali dotate di elevata professionalità nell'ambito della valutazione e dell'analisi del rischio sanitario ambiente correlato, in grado di fornire risposte omogenee, trasparenti, documentate e credibili.

Il progetto proposto risponde appieno alle aspettative di cui sopra prevedendo, in particolare:

- appositi ed approfonditi momenti formativi;
- l'approccio multidisciplinare ai problemi;
- la condivisione e l'utilizzazione di un protocollo formale di 'VIS Rapida' da utilizzare per la stima degli impatti sanitari in diverse tipologie di interventi (Nuovi insediamenti produttivi, strumenti urbanistici, piani di settore ecc.)
- la partecipazione alle Conferenza dei Servizi con elevato grado di standardizzazione del processo di valutazione.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | <p><u>Diretti:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirigenti Medici e Tecnici della Prevenzione dei Dipartimenti di Prevenzione (miglioramento del bagaglio professionale: informazioni, strumenti tecnici, attitudini, performance); - Decisori Amministrativi (miglioramento/potenziamento del livello di supporto alle decisioni) |
|-----------------------|---|

| | |
|--|---|
| | <p><u>Indiretti:</u> Popolazione generale, in quanto è atteso, a regime, un potenziamento dell'attività di prevenzione primaria attraverso opere di evitamento o mitigazione degli effetti avversi per la salute da parte degli inquinanti ambientali attraverso un più incisivo controllo preventivo sulla realizzazione di piani e progetti, in quanto aventi ricadute dirette e indirette sullo stato di salute della popolazione.</p> |
|--|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

- Formativi: il progetto prevede infatti come fase iniziale indispensabile l'attività di formazione di un campione di tecnici dei DSP ai quali sarà affidata, nel concreto, la sperimentazione del protocollo nei diversi contesti territoriali;
- Di processo:
 - partecipazione alle conferenze di servizio 'istruttorie' utilizzando il protocollo formale di 'VIS Rapida' ;
 - riqualificazione delle modalità di predisposizione dei pareri, inserendo contenuti relativi all'impatto sanitario nelle valutazioni effettuate dal personale dei Dipartimenti di prevenzione nelle conferenze dei servizi
- Di salute (a regime) :
miglioramento/potenziamento del livello di supporto alle decisioni, fornendo informazioni, consigli, raccomandazioni che possano supportare il processo decisionale, facilitando/promuovendo l'adozione di decisioni che minimizzino i rischi per la salute

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|---|--|-----------|--|-----------|--|--------------------------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| N. di operatori formati nella Regione Veneto (almeno 6) | Documentazione presso Referente Progetto CCM Regione Emilia | ---- | ----- | 6 | | Il progetto dura un anno | Il progetto dura un anno |
| N. di report finali della sperimentazione | Documentazione presso Referente ASL Regione Veneto | | | 3 | | Il progetto dura un anno | Il progetto dura un anno |
| N di conferenze dei Servizi ai quali i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL aderenti al progetto hanno partecipato sperimentando il protocollo di VIS rapida proposto (almeno il 50 % delle conferenze alle quali siano stati invitati) | Documentazione presso Referente ASL Regione Veneto | ---- | ----- | 50 % degli inviti | | Il progetto dura un anno | Il progetto dura un anno |

| | |
|------------|--------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|------------|--------------------|

| | |
|--|---|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Sistema REACH Veneto: sviluppo delle modalità di controllo e prevenzione sanitaria mediante informazione e collaborazione con le imprese produttrici di sostanze pericolose |
|--|---|

| | |
|--|-----|
| 3) Identificativo della Linea di intervento generale/i di cui alla Tabella 1 | 2.7 |
|--|-----|

| | |
|---|-------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.7.9 |
|---|-------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Analisi del contesto, gli obiettivi ed il quadro di riferimento regionale

Dal 1 giugno 2007 è entrato in vigore in tutti i paesi membri dell'Unione Europea il nuovo Regolamento REACH (**Registration, Evaluation and Authorization of Chemicals**), il sistema integrato unico di registrazione, valutazione ed autorizzazione (e restrizione) delle sostanze chimiche.

Il nuovo Regolamento (n. 1907/2006, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea il 30 dicembre 2006) sostituisce più di 40 testi legislativi, integrandoli in un unico provvedimento, e mira ad assicurare un elevato livello di protezione della salute umana ed ambientale dagli effetti nocivi delle sostanze chimiche. Il Regolamento si fonda sul principio di precauzione e contiene una serie di disposizioni da applicare alla fabbricazione, all'uso di sostanze chimiche, in quanto tali o come componenti di prodotti complessi ed all'immissione di questi preparati nel mercato.

Obiettivi importanti sono, da un lato la conoscenza dei pericoli e dei rischi derivanti da prodotti chimici per il miglioramento della tutela della salute umana e dell'ambiente, dall'altro il rafforzamento della competitività dell'industria chimica europea.

È capovolto il principio in base al quale le sostanze potevano essere utilizzate fino a quando non ne veniva dimostrata da parte dalle autorità pubbliche la loro nocività: ora spetta all'industria l'onere di provare che una sostanza chimica è innocua (principio di precauzione).

Attraverso il REACH sarà possibile ottenere informazioni più numerose e più complete su:

- le proprietà pericolose dei prodotti manipolati;
- i rischi connessi ad un'esposizione;
- le misure di sicurezza da applicare.

Il sistema REACH è articolato nei seguenti processi.

La Registrazione richiede che i fabbricanti e gli importatori devono fornire informazioni circa tutte le sostanze chimiche prodotte o importate nell'UE in quantitativi pari o superiori ad una tonnellata annua. Ai fini della registrazione, le imprese produttrici dovranno trasmettere un fascicolo contenente le informazioni sulle sostanze, sui rischi che tali sostanze comportano, nonché le misure appropriate di gestione dei rischi. Per quanto riguarda quantitativi pari o superiori a 10 tonnellate annue, è richiesta una relazione sulla sicurezza chimica del prodotto (Chemical Safety Report).

Nella procedura di Valutazione le Autorità preposte possono decidere test aggiuntivi, valutando se le informazioni fornite dalle industrie sono complete. Relativamente a certe sostanze, qualora vi siano motivi di preoccupazione per la salute umana e l'ambiente, alle imprese sono richieste ulteriori informazioni. Tale processo può concludersi con l'indicazione di altre azioni, in base alle procedure di autorizzazione o di restrizione.

L'Autorizzazione è richiesta per le sostanze estremamente problematiche, in relazione ad effetti cancerogeni, mutageni, riproduttivi e per le sostanze che risultano persistenti, bio-accumulabili, tossiche, molto persistenti e molto bio-accumulabili.

La **Restrizione** comporta l'attuazione della rete di sicurezza. Qualsiasi sostanza, in quanto tale o in quanto componente di preparati e di articoli (es. giocattoli), può essere soggetta ad un'ampia restrizione in ambito comunitario qualora il suo impiego presenti rischi inaccettabili per la salute umana e l'ambiente. Le restrizioni sono stabilite per:

- l'uso delle sostanze in certi prodotti,
- l'uso da parte dei consumatori,
- per tutti gli usi (la sostanza viene totalmente vietata).

La Regione del Veneto, al fine di rendere operativa ed efficace l'applicazione del Regolamento (CE) 1907/06 'REACH', ha indicato, con DGR n. 4283 del 29.12.2009, tre obiettivi specifici, corrispondenti a tre distinte linee di lavoro da realizzare, dopo una prima fase progettuale nel 2010, in misura preponderante nel biennio 2010-2011:

1. Linea FORMAZIONE
2. Linea VIGILANZA
3. Linea ASSISTENZA

Le criticità

La rilevanza innovativa del Regolamento REACH e la rapida evoluzione normativa del settore relativo alle sostanze chimiche sollecitano un notevole impegno da parte delle imprese che dovranno essere coinvolte negli adempimenti previsti.

La realtà d'impresa, con le piccole e piccolissime aziende che contribuiscono in misura rilevante a comporre il quadro caratteristico dell'economia veneta, sarà pertanto l'elemento di riferimento imprescindibile per la puntuale ed efficace attuazione delle linee progettuali.

Linea di intervento generale

Prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici, attraverso interventi di formazione, attività di vigilanza presso le imprese e un'azione di assistenza /informazione/comunicazione.

Contenuti del progetto

Attraverso specifico incarico ad un'Azienda ULSS sono state attribuite funzioni di coordinamento e di gestione delle attività per l'attuazione delle seguenti linee di progetto FORMAZIONE, VIGILANZA, FORMAZIONE.

Soggetti istituzionali coinvolti:

Dipartimenti di Prevenzione Aziende ULSS e Dipartimenti ARPAV Provinciali

Mezzi e strumenti di attuazione

L'attività nel suo complesso è sostenuta da apposito finanziamento regionale di € 350.000,00, in applicazione della L.R. 16.8.2007 n. 23 (art. 8, comma 1 bis). Tale norma prevede che un terzo dell'importo introitato in virtù dei pagamenti di cui al comma 2 art. 21 del D.Lgs. 19.12.1994 n. 75819.12.1994 n. 758, è destinato allo sviluppo di piani di prevenzione, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e sanità pubblica.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | <ul style="list-style-type: none">• La linea FORMAZIONE è rivolta agli operatori delle Aziende ULSS e dell'ARPAV• Il complessivo sviluppo del progetto è destinato all'intera popolazione, per le garanzie che sono approntate attraverso il sistema REACH (linea progettuale VIGILANZA)• La complessiva linea ASSISTENZA è rivolta al sistema delle imprese e alla popolazione. |
|-----------------------|--|

| | |
|---|---|
| 7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti | <p><u>Di salute</u> Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici.</p> <p><u>Specifici</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'identificazione sistematica dei rischi e dei pericoli connessi alle sostanze chimiche contribuirà a prevenire casi di esposizione a sostanze chimiche, riducendo così patologie e decessi, con conseguente contrazione dei costi a carico del sistema sanitario regionale. • I prodotti dell'industria chimica saranno maggiormente sicuri anche per i consumatori e per l'ambiente, facilitando altresì l'implementazione del principio di responsabilità sociale delle imprese. • Il settore industriale chimico beneficerà dell'introduzione di un unico sistema di regolamentazione, di un meccanismo decisionale con scadenze chiare e di una maggiore fiducia del consumatore nei confronti dei prodotti. • Gli utilizzatori finali delle sostanze chimiche otterranno più puntuali informazioni sull'impiego dei prodotti nei loro processi produttivi, assicurando in tal modo una migliore protezione della popolazione nei vari settori di vita e di lavoro. <p><u>Di processo</u> Attuazione delle linee progettuali Formazione, Vigilanza , ASSISTENZA</p> |
|---|---|

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2010 | VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2012 | |
|--|---|--|--|-----------|--------------------------------------|-----------|
| | | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Svolgimento della complessiva attività di formazione | Effettivo svolgimento dell'attività formativa (rapporto da parte dell'Azienda ULSS coordinatrice) | Avvio delle prime iniziative previste nel Progetto | Svolgimento o attività di formazione* | / | / | / |
| Attività di controllo presso le imprese | Effettivo svolgimento dell'attività di controllo programmata (Relazioni da parte del pool di ispettori) | 0 | Svolgimento o attività di controllo prevista dal sistema REACH** | / | 100% | / |

*La formazione sarà rivolta attraverso 3 livelli:

- ad almeno 21 Dirigenti Medici apicali delle Aziende ULSS
- a 45 Tecnici della Prevenzione delle Aziende ULSS e almeno 5 Tecnici dell'ARPAV
- agli operatori della vigilanza sanitaria sul territorio.

** da n. 7 a 10 controlli presso imprese /industrie chimiche

Per Progetto 2.7.10 vedi Progetto 2.9.10 pag. 167

| | |
|--|--------------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Valutazione del rischio |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.8 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.8.1 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Aspetti generali e analisi di contesto

La valutazione del rischio, introdotta nella legislazione alimentare europea con il Regolamento (CE) 178/2002, ha l'obiettivo di fornire al decisore politico informazioni tecnico/scientifiche su cui basare le scelte di controllo nell'ambito della sicurezza alimentare. La valutazione del rischio rappresenta una metodologia sistematica per definire l'entità del problema e consentire l'identificazione di provvedimenti a tutela della salute, efficaci, proporzionati e mirati all'obiettivo (ridurre, eliminare o evitare il rischio per il consumatore). Le valutazioni del rischio devono essere svolte in maniera indipendente, obiettiva e trasparente per consentire l'instaurarsi di un clima di fiducia nel fondamento scientifico della legislazione alimentare. Le più recenti crisi alimentari hanno infatti reso evidente la necessità di fornire ai consumatori informazioni chiare e scientificamente ineccepibili che giustificano le scelte adottate a livello politico, affinché si crei un rapporto di fiducia fra cittadini e istituzioni, che spesso invece viene a mancare, soprattutto nelle situazioni di emergenza.

La valutazione del rischio è quindi uno strumento di *governance*, che per funzionare correttamente deve basarsi su alcuni requisiti fondamentali:

- avere a disposizione dati sui livelli di rischio lungo la filiera alimentare, che provengano da attività di sorveglianza come anche dall'applicazione dei piani di autocontrollo aziendale, che vengano elaborati con metodi statistici riconosciuti, e che siano associati ad una conoscenza delle strutture produttive del territorio di competenza;
- avere un approccio di tipo multidisciplinare, coinvolgendo gli esperti del rischio (microbiologi, chimici, nutrizionisti), della filiera produttiva, dei consumi e delle abitudini alimentari, nonché statistici ed epidemiologi;
- utilizzare un approccio che consideri i diversi rischi associati ad una matrice alimentare, soppesandone sia i rischi che i benefici, in modo da poter dare ai consumatori informazioni chiare ed univoche, che considerino vantaggi e svantaggi legati al consumo di specifici alimenti;
- considerare i costi e la fattibilità delle diverse opzioni di controllo, per fornire strumenti di gestione realmente utilizzabili ed efficaci.

In quest'ottica, la valutazione del rischio, pur nella sua complessità, si pone come *trait d'union* fra consumatori ed istituzioni, come strumento di garanzia dell'oggettività e della scientificità delle misure di gestione intraprese.

Da un punto di vista operativo la complessità dell'attività richiede come requisiti fondamentali:

- la raccolta di informazioni sui rischi, sulle produzioni e sui consumi;

- la specializzazione relativamente ai metodi statistico/epidemiologici per la valutazione del rischio e gli strumenti informatici di supporto;
- la capacità di interfacciarsi con le autorità regionali, per definire le tematiche da affrontare, le relative priorità e per fornire strumenti di gestione del rischio;
- il raccordo fra le diverse professionalità coinvolte, fungendo anche da collettore delle richieste che possono provenire dai diversi settori della sanità pubblica regionale.

Obiettivo generale

L'obiettivo generale del progetto è quello di utilizzare, nell'ambito dei progetti regionali relativi alla sicurezza alimentare, la metodologia della valutazione del rischio secondo i dettami della legislazione europea, applicandola alle diverse problematiche che possono presentarsi negli ambiti delle attività previste da altri progetti, e di approfondire aspetti applicativi mirati alla valutazione quantitativa del rischio.

Obiettivi specifici

1) *Supporto alle attività di altri progetti:* la metodologia della valutazione del rischio, a fronte anche dell'esperienza maturata negli anni precedenti, verrà applicata a supporto in particolare del progetto n°3 "Controllo e valutazione rischio biologico in Piccole Produzioni Locali e sui prodotti tradizionali". In particolare, verranno raccolti ed elaborati i risultati delle analisi microbiologiche e delle determinazioni chimico/fisiche, con l'obiettivo di fornire una stima del rischio correlato al consumo di queste tipologie di prodotti. Il modello matematico elaborato permetterà altresì di fornire informazioni relativamente all'efficacia delle possibili strategie di controllo.

2) *Valutazione del rischio microbiologico associato al consumo di latte crudo:* la rapida diffusione negli ultimi anni dei distributori di latte crudo sul territorio nazionale e del Veneto appare associato all'ampio gradimento di questo alimento tra i consumatori, non solo per le soddisfacenti caratteristiche organolettiche e per l'indubbio vantaggio economico, riconducibili alla filiera corta, ma anche perché percepito come alimento legato a tecniche di produzione e distribuzione tradizionali e sentito come più "naturale". Il latte crudo rappresenta però un alimento non esente da rischi in quanto può potenzialmente contenere microrganismi patogeni; inoltre alcuni microrganismi, possono causare gravi patologie umane anche se presenti in bassa carica e le analisi effettuate, pur nell'osservanza dei controlli previsti dalla normativa vigente, non sempre rappresentano un criterio di sicurezza sufficiente ad assicurare la salute del consumatore, soprattutto se appartenente a categorie potenzialmente a rischio quali bambini, anziani, soggetti immunocompromessi.

È quindi importante identificare degli strumenti di controllo efficaci, attraverso la valutazione del contributo di ciascuna fase della filiera produttiva alla determinazione del rischio, a tutela del consumatore finale ed in particolare delle categorie più a rischio.

3) *Valutazione del rischio di uso improprio degli antibiotici negli allevamenti di bovini da latte:* i Servizi Veterinari territoriali hanno il compito di vigilare sull'utilizzo dei farmaci, ed in particolare degli antibiotici, negli allevamenti zootecnici. Tale attività è fondamentale per la tutela della salute pubblica, in quanto l'uso improprio di antibiotici in zootecnia può portare, oltre alla presenza di residui negli alimenti destinati al consumo umano, anche a fenomeni di antibiotico resistenza in microrganismi sia patogeni che commensali. L'impatto sulla salute umana deriva dal fatto che microrganismi zoonotici, che acquisiscono antibiotico resistenza a seguito di trattamento negli animali, possono produrre infezioni umane estremamente difficili da trattare, ma anche dal fatto che i determinanti genetici di resistenza possono essere trasferiti da microrganismi commensali a patogeni anche appartenenti a specie e generi diversi, e quindi anche in questo caso giungere a provocare infezioni cliniche caratterizzate da resistenza a una o più classi di molecole.

Questo progetto avrà lo scopo di valutare l'efficacia della determinazione dell'antibioticoresistenza in aziende zootecniche come indicatore di uso improprio dei farmaci, in modo da orientare in modo mirato le attività di vigilanza dei Servizi Veterinari.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Gli operatori del SSN (Servizi Veterinari, SIAN, Servizi Regionali) avranno a disposizione dati scientifici, elaborati secondo una metodologia riconosciuta a livello internazionale, da utilizzare per orientare sulla base del diverso livello di rischio le attività di vigilanza e di tutela della salute pubblica. |
|-----------------------|---|

| | |
|--|---|
| | Le relazioni di valutazione del rischio prodotte potranno essere utilizzate da parte delle Autorità Regionali a supporto dell'elaborazione di norme e prescrizioni, fornire informazioni da utilizzare per una corretta comunicazione del rischio rivolta ai consumatori. |
|--|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

descrivere brevemente il beneficio di salute (ovvero in termini di esito di processo che ne rappresenta una proxy) che l'intervento si ripromette di ottenere:

Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|-------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| n° database prodotti per la raccolta dei dati anagrafici, produttivi e laboratoristici | IZSVe | 1 (PPL 2008-2010) | | 3 | | 3 | |
| n° relazioni preliminari di valutazione del rischio | IZSVe | 1 (PPL) | | 3 | | | |
| n° relazioni definitive di valutazione del rischio | IZSVe | 0 | | 2 | | 3 | |

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Piano campionamento alimenti e bevande |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.8 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.8.2 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Le attuali normative europee (Regolamento CE n. 882/2004 del 29 aprile 2004 relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali) prescrivono che le Autorità competenti responsabili in relazione alle finalità e ai controlli ufficiali stabiliti dal Regolamento 882/2004 debbano assicurare "l'efficacia e l'appropriatezza dei controlli ufficiali su animali vivi, mangimi e alimenti in tutte le fasi della produzione, trasformazione e distribuzione....".

Inoltre "i compiti correlati ai controlli ufficiali sono eseguiti, in generale, usando metodi e tecniche di controllo appropriati quali monitoraggio, sorveglianza, verifica, audit, ispezione, campionamento e analisi".

Coinvolti nel progetto sono i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione preposti alla attività di controllo degli alimenti destinati al consumo umano: i Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e i Servizi Veterinari.

Coinvolti nella realizzazione del progetto sono i laboratori di analisi cui i campioni di alimenti sono conferiti e cioè i laboratori dell'ARPAV (Agenzia Regionale per le Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto) e dell'IZSVe (Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Veneto).

Obiettivi generali sono la verifica della qualità igienica degli alimenti campionati in relazione al rispetto degli standard previsti dalle vigenti normative europee e nazionali al fine di valutare il rischio per la salute umana e la verifica della qualità merceologica di alcuni di questi alimenti.

Obiettivi specifici sono il campionamento degli alimenti elencati nel DPR 14 luglio 1995 con preferenza di quelli prodotti in ambito regionale e distribuzione nazionale ed europea, il campionamento di altre tipologie di alimenti indicati annualmente da direttive/raccomandazioni europee, il campionamento di alimenti per la ricerca di organismi geneticamente modificati (OGM).

Il progetto si reputa realizzato quando saranno eseguiti almeno il 95% dei campioni di alimenti previsti, facendo attenzione affinché non venga superato il 120% dei campioni programmati se non a seguito di valide motivazioni.

La programmazione è annuale e le verifiche sono anch'esse su base annuale.

I Servizi dipartimentali coinvolti nel campionamento di alimenti sono adeguatamente informati del programma da perseguire con nota informativa adeguata da far recapitare ai singoli Servizi entro i primi quindici giorni dell'anno di svolgimento dei campionamenti.

Trimestralmente è prevista una informativa ai Servizi in cui si comunica la efficienza degli stessi nel perseguire il programma. Allo scadere del secondo trimestre si valuterà anche l'efficacia con la valutazione delle matrici alimentari campionate dai Servizi.

Quale ulteriore indicatore di efficienza/efficacia del perseguimento del progetto si considera l'esecuzione del 100% dei campionamenti di alimenti per la ricerca di OGM.

Le informazioni che permettono di valutare efficienza ed efficacia dei Servizi preposti alla realizzazione del progetto sono fornite dai competenti laboratori ARPAV e IZSVe deputati ad analizzare i campioni di alimenti. La realizzazione del progetto dipende dalla assunzione di responsabilità da parte dei singoli Servizi coinvolti nonché dalla corretta gestione dello stesso. Eventuali problemi di natura organizzativa o di personale che emergessero nell'ambito di uno o più Servizi potrebbero mettere a rischio la possibilità di realizzare compiutamente il programma di campionamento. Si prevede, per ovviare a tale possibilità, che alcuni campionamenti possano essere attribuiti/distribuiti a Servizi siti nell'ambito provinciale del Servizio inefficiente. Anche difficoltà di finanziamenti a favore dei laboratori coinvolti e in particolare per ARPAV potrebbero mettere a repentaglio la realizzazione compiuta del programma. A tale riguardo si prevede che l'IZSVe possa in parte realizzare i campioni non di origine animale.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | La popolazione veneta nel suo insieme. |
|-----------------------|--|

| 7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| descrivere brevemente il beneficio di salute (ovvero in termini di esito di processo che ne rappresenta una proxy) che l'intervento si ripromette di ottenere: | | | | | | | |
| Controllo e contenimento delle infezioni o delle intossicazione chimico-fisiche determinate da alimenti | | | | | | | |
| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Campioni di alimenti | Laboratori ARPAV e laboratorio IZSVe | >95% | | >95% | | >95% | |
| Campioni di OGM | Laboratorio ARPAV di Treviso | 100% | | 100% | | 100% | |

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Controllo e valutazione rischio biologico in Piccole Produzioni Locali e sui prodotti tradizionali |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.8 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.8.3 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Aspetti generali e analisi di contesto

La Comunità Europea, al fine di garantire la sicurezza degli alimenti dal luogo di produzione primaria fino alla commercializzazione ha adottato, attraverso i regolamenti comunitari denominati "pacchetto igiene", una strategia integrata con l'obiettivo di assicurare un elevato livello di tutela dei consumatori. La registrazione degli stabilimenti e la responsabilità degli operatori, unitamente ai controlli ufficiali, all'autocontrollo e all'adozione di buone prassi di produzione, costituiscono i cardini di questo nuovo quadro normativo.

Le linee guida nazionali relative all'applicazione di tale normativa comunitaria identificano percorsi e requisiti igienico-sanitari di produzione degli alimenti differenziati a seconda che si tratti di prodotti destinati alla commercializzazione in ambito comunitario, oppure alla produzione primaria di alimenti caratterizzati da specifiche condizioni, quali un ambito di vendita locale, la vendita diretta (dal produttore al consumatore) e la produzione di piccoli quantitativi (una parte della produzione primaria aziendale).

La Regione Veneto ha riconosciuto l'importanza di quel patrimonio di produzioni locali, che seppur caratterizzate dal ridotto ambito commerciale di vendita e dalla scarsa rilevanza produttiva, rappresentano un significativo elemento di preservazione del territorio, caratterizzazione geografica e tutela occupazionale, in particolar modo per quelle zone a ridotto significato zoeconomico. Tali realtà sono rappresentate non solo dagli agriturismi e dalle malghe, per cui esiste già una regolamentazione degli standard igienico sanitari di produzione e commercializzazione dei prodotti, ma anche dalle piccole produzioni locali (PPL) ossia quelle realtà produttive di piccole dimensioni in cui avviene, ad integrazione del reddito aziendale, la lavorazione "in azienda" e vendita di un quantitativo limitato delle proprie produzioni. In considerazione di tale realtà produttiva veneta, connotata da significativi aspetti di localizzazione e tipicità, si è ritenuto necessario individuare percorsi alternativi al "riconoscimento", ancorchè basati sui criteri di flessibilità ed adeguatezza, così come definito dalle norme comunitarie, per tali PPL, nel pieno rispetto del principio di tutela del consumatore. La Giunta Regionale del Veneto, con proprie deliberazioni n.2016/2007 e n. 1892/2008 e con la successiva DGR 2280 del 28 settembre 2010, ha stabilito una procedura *ad hoc* per la lavorazione e vendita di tali prodotti, definendo nel contempo standard strutturali minimi, garanti della sicurezza igienico-sanitaria dei prodotti e secondo il principio che tali produzioni rappresentino necessariamente un'integrazione del reddito del produttore e non l'attività principale dell'azienda e che la commercializzazione si intenda di prodotti derivati esclusivamente dalla loro produzione primaria. La Regione Veneto quindi ha previsto la produzione e commercializzazione di PPL con regole accessibili anche alle piccole aziende agricole.

Obiettivi generali

Il progetto ha l'obiettivo di monitorare il processo produttivo delle PPL, identificando i potenziali rischi connessi con queste tipologie produttive, e predisponendo ed attuando le relative azioni correttive, al fine di garantire un adeguato livello di protezione del consumatore.

Secondo quanto previsto dalla DGRV 2280/2010 le tipologie produttive che verranno incluse nel progetto sono:

- carni trasformate,
- confetture,
- marmellate,
- succhi di frutta,
- sciroppi,
- sottaceti,
- farine,
- conserve vegetali
- funghi e vegetali essiccati.

Obiettivi specifici

- Registrazione ed identificazione dei produttori che aderiscono al progetto
- Per le diverse tipologie di prodotto, studio del processo produttivo e definizione della "risk pathway"
- Messa a punto di un piano di monitoraggio microbiologico che permetta la valutazione del rischio lungo il processo produttivo
- Definizione delle modalità di controllo dei rischi identificati, e messa a punto di un sistema di verifica (monitoraggio di parametri chimico/fisici del prodotto e dell'ambiente di produzione)
- Preparazione di manuali di buone pratiche di produzione per specifiche linee produttive
- Organizzazione di corsi di formazione per i produttori
- Divulgazione delle informazioni relative alle attività condotte, attraverso l'organizzazione di incontri con i consumatori

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | L'esperienza già condotta presso la ASL 8, relativa alla produzione di salumi di carne suina, sarà la base di partenza per l'ampliamento del progetto alle altre ASL del Veneto, e ad altre tipologie produttive, creando uno scambio di informazioni ed esperienze fra gli operatori del SSN che hanno il compito di garantire la sicurezza alimentare a livello territoriale (Servizi Veterinari e SIAN, con il coordinamento regionale). I produttori riceveranno formazione e supporto da parte delle autorità competenti, e di esperti nei diversi aspetti rilevanti per il progetto. I consumatori potranno avere accesso a prodotti tipici e locali, ed al contempo pienamente garantiti da un punto di vista igienico-sanitario. |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

descrivere brevemente il beneficio di salute (ovvero in termini di esito di processo che ne rappresenta una proxy) che l'intervento si ripromette di ottenere:

Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|-------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| n° aziende partecipanti al progetto | Database PPL | 32 | | >= 10% | | >= 10% | |
| n° aziende sottoposte a monitoraggio microbiologico | Database PPL | 32 | | >= 10% | | >= 10% | |
| n° tipologie di prodotti inseriti nel progetto. | Database PPL | 2 | | 3 | | >=4 | |
| n° manuali di buone pratiche | cartaceo | 1 | | Incrementato in riferimenti o alla nuova tipologia di prodotto | | Incrementato in riferimenti o alle nuove tipologie di prodotto | |
| Coinvolgimento di territori omogenei con corsi di formazione per produttori primari | ASL/data base PPL | N° 1 ASL (ASL 8 di Asolo) | | N° 2 ASL | | N° >= 3 ASL | |
| n° incontri organizzati con i consumatori | ASL/data base PPL | 0 | | 0 | | 3 | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|---|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Sviluppo del Piano Regionale Integrato dei Controlli di Sanità Animale ed Igiene degli Allevamenti |
|---|---|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.8 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.8.4 |
|--|--------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

I controlli relativi alla sanità animale ed all'igiene degli allevamenti sono previsti dalle varie normative verticali ed orizzontali.

In particolare la normativa prevede che le az. UILSS provvedano ad effettuare dei controlli periodici sulle aziende di produzione per verificare l'osservanza di dei requisiti igienico-sanitari e in attuazione di specifici piani mirati programmati a livello regionale o nazionale. La periodicità dei controlli è diversa a seconda degli ambiti di intervento e deve essere condotta sulla base delle valutazioni del rischio

Tali controlli sono in parte ripetitivi (richiesta degli stessi dati e controllo degli stessi aspetti) e non è stato mai promosso un approccio coerente, completo e integrato ai controlli ufficiali in tutti i settori e in tutte le fasi della catena incidendo quindi sull'efficacia e l'appropriatezza dei controlli ufficiali che in molti casi sono effettuati senza individuare le priorità in funzione dei rischi e i criteri per la categorizzazione del rischio delle attività interessate e le procedure di controllo più efficaci.

Il progetto mira a fornire gli strumenti per la programmazione e l'effettuazione di tali controlli in maniera integrata in funzione dei rischi e dovrebbe concretizzarsi attraverso le seguenti azioni:

1. Raccolta dei dati 2008 relativi ai controlli ufficiali effettuati in Veneto dai servizi di sanità animale ed igiene degli allevamenti
2. Analisi dei controlli previsti e delle risorse disponibili
3. Censimento delle attività condotte sulla base di una valutazione del rischio e proposta di estensione ad altre attività ritenute prioritarie
4. Verifica degli interventi in azienda cumulabili fra loro e proposta di una check list unica basata sulla valutazione del rischio
5. Definizione di un piano di controlli minimo per ciascuna tipologia produttiva tenuto conto della valutazione del rischio e delle risorse disponibili
6. Definizione di una procedura comune di categorizzazione delle aziende in base a fattori di rischio oggettivi

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Servizi di sanità animale ed all'igiene degli allevamenti delle AZ.ULSS del Veneto, allevatori, consumatori |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

descrivere brevemente il beneficio di salute (ovvero in termini di esito di processo che ne rappresenta una proxy) che l'intervento si ripromette di ottenere:

Obiettivo di salute:

Riduzione del rischio per la popolazione di consumare alimenti di origine animale contaminati da agenti fisici chimici, biologici.

Obiettivo di processo generale:

I controlli di sanità ed igiene allevamenti vengono effettuati in modo omogeneo e integrato sulla base di una valutazione del rischio

Obiettivi di processo specifici:

definizione quali-quantitativa dei controlli nelle aziende di produzione che:

- possono essere integrati
- vengono programmati in base a criteri di rischio
- sono effettuati secondo una metodologia comune

definizione di una chek list unica basata sulla valutazione del rischio

categorizzazione delle aziende in base a fattori di rischio oggettivi.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|-------------------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Tipi di allevamento per i quali è stata formulata una chek list per il controllo integrato | Atti del piano regionale saia | 1 | | 3 | | 5 | |
| Numero di sopralluoghi effettuati presso le aziende di produzione per la validazione dei protocollo integrato | Atti del piano regionale saia | 10 | | 30 | | 50 | |
| Pubblicazione di un piano per la categorizzazione del rischio delle aziende zootecniche | Atti del piano regionale saia | | | | | 1 | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|---|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Qualità microbiologica dei corsi d'acqua utilizzati a scopo irriguo – sviluppo della caratterizzazione ed informazione |
|---|---|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.8 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.8.5 |
|--|--------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Nell'ambito dei precedenti Piani di Sicurezza Alimentare è stata predisposta una prima mappatura, sulla base delle stazioni esistenti, della contaminazione microbiologica dei corsi d'acqua potenzialmente utilizzati a scopo irriguo ed è stato implementato un censimento su sistema informativo GIS delle fonti di pressione. E' stato inoltre proposto un criterio di classificazione della qualità microbiologica dei corsi d'acqua in funzione dell'uso irriguo, basato sulle concentrazioni di E. coli ed un modello sperimentale di diffusione delle informazioni (bollettino).

Con una ulteriore fase del lavoro è stata eseguita la ricerca della presenza di uova di elminti in alcuni tratti di corsi d'acqua del veneto di vario tipo (canali, torrenti, fiumi...) scelti come rappresentativi, sia per consistenza delle fonti di pressione e relativo livello di contaminazione, sia per presenza di attingimenti irrigui.

La criticità in termini di conoscenza è rappresentata dalla notevole incertezza sull'andamento delle concentrazioni batteriche in tratti di corsi d'acqua utilizzati a scopo irriguo e soggetti a numerose pressioni, caratterizzati da rilevante variabilità idrologico/ambientale e monitorati ordinariamente con un limitato numero di stazioni.

In merito, con il nuovo progetto si intende attivare una serie di campagne di rilevamento mirate, con campionamenti spazialmente ravvicinati e posizionati in modo da rappresentare al meglio l'andamento delle concentrazioni degli indicatori batterici prescelti (E. coli e streptococchi fecali) in diversi periodi dell'anno, prioritariamente in stagione irrigua.

Sulla base di tali dati sarà possibile implementare nel bollettino informazioni più precise e dettagliate, per i tratti indagati. Il bollettino verrà diffuso prioritariamente presso utenti pubblici interessati nella gestione del tema (Az.ULSS, Comuni, Consorzi di Bonifica).

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Aziende ULSS del Veneto, Comuni del Veneto, Consorzi di Bonifica del Veneto. |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

descrivere brevemente il beneficio di salute (ovvero in termini di esito di processo che ne rappresenta una proxy) che l'intervento si ripromette di ottenere:

Migliorare la conoscenza da parte degli operatori e dei decisori della qualità delle acque ad uso irriguo e di conseguenza la sanità dei prodotti agricoli, specie quelli destinati a consumo umano fresco, irrigati con tali acque.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|--|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| n° di stazioni indagate per l'aspetto microbiologico in aree irrigue | Comunicazioni del responsabile di progetto | 190 | 190 (*) | 210 | | 240 | |
| n° di destinatari raggiunti dal bollettino | Comunicazioni del responsabile di progetto | | | 20 | | 40 | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|---|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Sorveglianza epidemiologica delle tossinfezioni alimentari |
|---|---|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.8 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.8.6 |
|--|--------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Il progetto prevede il monitoraggio della completezza dei flussi informativi già attivi; l'individuazione di quelle componenti dei sistemi informativi che potrebbero essere potenziate per migliorarne la completezza; la produzione di un report regionale sull'epidemiologia delle tossinfezioni alimentari che integri le diverse fonti. Le azioni del progetto si articolano nell'analisi dei dati dell'archivio regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera; nell'analisi dell'archivio delle notifiche di malattia infettiva diffusiva, con feedback dei casi segnalati di focolai di tossinfezione alimentare agli operatori delle Az. ULSS per controllarne la completezza, e concordare modalità di integrazione dei dati mancanti; nella definizione di strategie per incrementare la segnalazione di casi di infezione da *Campylobacter* spp.; nell'integrazione degli archivi di cui sopra con i dati provenienti dal Centro Regionale di Riferimento per gli Enterobatteri Patogeni e dalle microbiologie ospedaliere.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | La produzione di dati epidemiologici è di grande utilità a supporto degli interventi da parte dei Dipartimenti di Prevenzione, anche al fine di monitorarne l'efficacia. |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

descrivere brevemente il beneficio di salute (ovvero in termini di esito di processo che ne rappresenta una proxy) che l'intervento si ripromette di ottenere:

Gli obiettivi del progetto sono l'integrazione dei dati dei flussi informativi così da tracciare un profilo regionale dell'impatto delle malattie a trasmissione alimentare sulla salute umana

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|-------------------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| ULSS con dati completi su isolamenti Salmonella | Microbiologie – rete Enternet | 11 | | 15 | | 21 | |
| ULSS con dati completi su isolamenti Campylobacter | Microbiologie – rete Enternet | 6 | | 8 | | 10 | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Sorveglianza PASSI: attività di supporto e integrazione dei risultati con quelli prodotti dai sistemi di sorveglianza attivi in Veneto per la produzione di strumenti di comunicazione efficaci |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.9 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.9.1 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Nel Veneto il sistema di sorveglianza PASSI è attivo da aprile 2007 in 18 Aziende ULSS, dal 2011 la sorveglianza sarà attiva in tutte le Aziende ULSS che potranno così avere dati su comportamenti e stili di vita che influenzano la salute degli adulti a livello aziendale e in tempo "reale".

Oltre alla sorveglianza PASSI in Veneto sono attivi altri sistemi di sorveglianza sugli stili di vita specifici per fascia di età: OKkio alla salute (età 8 anni), HBSC (età 11-13-15 anni), indagini campionarie dell'ISTAT. Le informazioni raccolte secondo protocolli specifici sono divulgate attraverso pubblicazioni che illustrano in un unico testo l'intera indagine. La presenza sullo stesso territorio di diversi soggetti produttori e utilizzatori di informazioni epidemiologiche e statistiche sugli stili di vita e le abitudini favorevoli alla salute nelle diverse fasce d'età, rende necessario attivare una concreta collaborazione tra gli stessi al fine di formare una rete di soggetti che condividono obiettivi comunicativi sinergici. Ciò permetterà di ottenere da un lato la progressiva integrazione delle fonti e dei flussi informativi e, dall'altro, la produzione di strumenti di comunicazione specifici per argomento e non solo per età, consentendo la valorizzazione del patrimonio informativo di ciascuna indagine e l'utilizzo dei risultati da parte di differenti utilizzatori.

Fasi dell'intervento:

La sorveglianza PASSI proseguirà nel triennio 2010-2012 con le modalità previste dal protocollo nazionale con campionamento aziendale, interviste, monitoraggio, controllo e correzione dei dataset aziendali, redazione dei rapporti aziendali e regionali.

Relativamente all'integrazione dei flussi si prevede:

- Costituzione di gruppi di lavoro su tematiche e argomenti specifici (attività motoria, alimentazione, fumo, alcol, screening, sicurezza domestica e sicurezza stradale)
- Analisi delle fonti e dei dati disponibili e verifica delle possibilità di integrazione
- Stesura del Piano di comunicazione dei risultati delle diverse aree tematiche indagate dai flussi informativi e dalle sorveglianze in essere (area Guadagnare Salute, area sicurezza negli ambienti di vita, screening organizzati, ..), comprendente l'individuazione di modelli di comunicazione integrati (rapporti, schede informative tematiche, schede per i decisori)
- Redazione, stampa e distribuzione degli strumenti di comunicazione previsti dal piano di comunicazione.

Unità operative della Regione Veneto e centri di riferimento regionali coinvolti:

Direzione Prevenzione (Sorveglianza PASSI),
 Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS (Sorveglianza PASSI)
 Direzione Statistica (Flussi ISTAT),
 Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute (HBSC)
 Registro Tumori del Veneto (screening organizzati),

Referenti dei programmi regionali attività motoria, alimentazione, fumo, alcol, screening, sicurezza domestica e sicurezza stradale.

| | |
|------------------------|--|
| 6) Beneficiari: | Pubbliche Amministrazioni (Regione, Provincia, Comuni) Direzioni delle Aziende ULSS Dipartimenti di Prevenzione |
|------------------------|--|

| 7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Numero di aziende ULSS in cui la sorveglianza PASSI è condotta con continuità e numerosità campionaria sufficiente | Verbali degli incontri | | 13 | 16 | | 18 | |
| Modelli e prodotti di comunicazione delle diverse aree tematiche | Strumenti di comunicazione realizzati | | | 3 | | 4 | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|---|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto di verifica di efficacia della campagna di prevenzione dell'utilizzo di alcol e droghe negli ambienti di lavoro |
|---|---|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.9 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.9.2 |
|--|--------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Il Provvedimento 30 ottobre 2007 (G.U. n. 266 del 15.11.2007) prevede l'obbligatorietà, da parte del datore di lavoro, di sottoporre a specifica sorveglianza sanitaria i lavoratori che svolgono mansioni comportanti particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la sicurezza di terzi. Le relative procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti alle suddette mansioni sono oggetto del Provvedimento 18 settembre 2008 (G.U. n. 236 del 08.10.2008). Tali procedure sono finalizzate a prevenire incidenti collegati allo svolgimento di mansioni lavorative a rischio. Le strutture sanitarie identificate per gli accertamenti succitati sono costituite primariamente dai Medici Competenti Aziendali (accertamenti di I° livello) ed in una seconda fase dai SER.D. - Servizi per le Dipendenze (accertamento di II° livello). Gli accertamenti sono comprensivi di visita medica ed esami di laboratorio per la ricerca, con tecniche analitiche di screening e conferma, di sostanze stupefacenti o psicotrope in campioni urinari (I° livello) o urinari e di formazioni pilifere (II° livello).

In tale contesto i lavoratori che svolgono mansioni a rischio sono informati dai datori di lavoro e dai medici competenti dell'obbligatorietà degli accertamenti sanitari. Il datore di lavoro è tenuto a comunicare al lavoratore la data ed il luogo degli accertamenti, con un preavviso di non più di un giorno dalla data stabilita per l'accertamento.

Il Laboratorio di Igiene Ambientale e Tossicologia Forense (LIATF) del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 12 Veneziana si sta occupando degli accertamenti tossicologici di laboratorio di I° livello, mediante analisi su campioni urinari con tecniche di screening e conferma, in relazione ad un consistente numero di lavoratori provenienti da diverse realtà aziendali della Regione Veneto.

Tali accertamenti, unitamente ai corrispondenti accertamenti medici sugli stessi soggetti ad opera dei medici competenti, permetteranno nel giro di uno/due anni di ottenere una notevole quantità di dati, in grado di quantificare la diffusione dell'uso di sostanze psicoattive in lavoratori con mansioni a rischio. In particolare sarà possibile ottenere informazioni su: numero e caratteristiche personali dei lavoratori coinvolti, tipologia delle mansioni a rischio associate, numero e percentuale di lavoratori risultati positivi agli accertamenti di I° livello, tipologia di sostanze stupefacenti o psicotrope riscontrate.

Nel corso dello svolgimento del progetto saranno prodotti materiali informativi sulle procedure di accertamento di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Almeno 500 Lavoratori categorie a Rischio Datori di Lavoro di almeno 5 aziende Medici Competenti di almeno 5 aziende |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Individuare le componenti efficaci nell'opera di informazione dei lavoratori coinvolti, permettere ai datori di lavoro la conoscenza della diffusione di sostanze stupefacenti o psicotrope in particolari categorie di lavoratori, permettere alle strutture sanitarie coinvolte di programmare interventi di prevenzione di infortuni lavorativi causati dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, permettere la presa in carico sanitario di lavoratori dediti all'uso occasionale, saltuario o continuativo di sostanze psicoattive.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|---|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Numero di lavoratori sottoposti ad accertamento | Laboratorio L.I.A.T.F. AULSS 12 Veneziana | | 200 | 300 | | 500 | |
| Incidenza Positività a test di conferma I° livello (n°positivi su n° soggetti testati) | Laboratorio L.I.A.T.F. AULSS 12 Veneziana | | < 5% | < 3% | | < 2% | |

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Sorveglianza epidemiologica e sicurezza nutrizionale |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.9 3.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.9.3 3.2.4 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

La necessità di affrontare in modo strategico nazionale la diffusione delle malattie croniche non trasmissibili ha inserito anche la nostra Regione nel Programma Nazionale di Prevenzione, nel programma “Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari” e nel sistema di sorveglianza e di indagini sui rischi comportamentali in età 6-16 anni, sinteticamente definito “OKkio alla Salute”. Il sistema va nella direzione di fornire elementi utili per le attività locali di programmazione e di valutazione, consentendo il confronto tra A.S.L. (Aziende U.L.S.S. in Veneto) e regioni del nostro paese, attraverso un sistema di raccolta dati che sia sostenibile nel tempo ed efficace nel guidare gli interventi di sanità pubblica.

Nella Regione del Veneto è la rete dei S.I.A.N. che supporta il sistema di sorveglianza nutrizionale ed il sistema di indagine sui rischi comportamentali in età 6-16 anni, inseriti tra gli obiettivi del P.T.S.A.S.A. 2008 - 2010 della Regione del Veneto (AT6 - Area Tematica “Sicurezza Nutrizionale”,

L'obiettivo è il consolidamento dell'impianto dello studio a livello regionale e la trasformazione dell'indagine in una sorveglianza stabile sugli aspetti rilevanti della salute di bambini italiani, con la collaborazione dei portatori di interesse.

Far evolvere il sistema di sorveglianza verso un'attività routinaria dei S.I.A.N., inserita nella pratica quotidiana delle Aziende U.L.S.S. ed in una rete intersettoriale di alleanze per far guadagnare salute alla comunità ed ai singoli, inserendo le azioni in un quadro di programmazione istituzionale locale e regionale coerente con il Piano nazionale di prevenzione e con “Guadagnare salute”.

Questa prospettiva è possibile solo riconoscendo la specificità dei S.I.A.N. e rinforzandone il ruolo strategico indispensabile per rendere la sorveglianza e, con essa, l'elaborazione dei profili di salute e la valutazione di processo e di esito degli interventi, come strumenti tanto di definizione delle priorità e degli obiettivi quanto di misurazione del raggiungimento di tali obiettivi e dell'efficacia degli interventi implementati.

Ci si propone di rafforzare la rete di alleanze tra i soggetti promotori, estendendosi anche ad altri portatori di interesse, in particolare i PLS/MMG, che sono partner privilegiati per il loro ruolo di interfaccia e per il supporto alle rilevazioni che possono fornire condividendo con la rete regionale i dati dei bilanci di salute.

I professionisti sanitari, opportunamente formati in base a programmi regionali, devono essere orientati a predisporre interventi di promozione e counseling per una corretta alimentazione ed uno stile di vita attivo, centrati sui risultati delle rilevazioni periodiche, utilizzando inoltre monitoraggi degli stadi motivazionali dei pazienti/utenti, con l'obiettivo istituzionale di migliorarne la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia in un'ottica terapeutica razionale ed attenta al rapporto costi/benefici.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Popolazione generale, soggetti in età scolare e loro familiari, a rischio o no di obesità e malattie correlate. Operatori sanitari che si occupano di prevenzione (medici, dietisti, assistenti sanitari, biologi), MMG e PLS, portatori di interesse Popolazione generale, soggetti in età scolare e loro familiari, a rischio o no di obesità e malattie correlate. Operatori sanitari che si occupano di prevenzione (medici, dietisti, assistenti sanitari, biologi), MMG e PLS, portatori di interesse |
|-----------------------|--|

| |
|--|
| <p>7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obiettivi generali di salute : <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute 1.2. Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10% 1.3. Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari: 2. Obiettivi specifici di salute: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Prevenzione e sorveglianza di abitudini alimentari e stili di vita non corretti 2.2. Ridurre/controllare i fattori di rischio di malattia cardiovascolare con particolare riferimento a sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica 3. Obiettivi di processo <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Prosecuzione programma "Okkio alla salute" <ol style="list-style-type: none"> 3.1.1 Elaborazione dei dati raccolti nello studio 2010 e confronto con i dati delle survey regionali precedenti 3.1.2 Diffusione sistematica nelle scuole primarie e nei centri vaccinali del materiale didattico di OKkio, restituzione degli esiti della ricerca alle scuole (insegnanti e genitori) che vi hanno partecipato, diffusione a mezzo di pubblicazione cartacea del risultato dello Studio Okkio 2010 ai MMG - PLS - Scuole e Decisori Politici 3.1.3 Predisposizione rilevazione Okkio 2012 con significatività regionale. 3.2 Implementazione piattaforma web regionale per: <ol style="list-style-type: none"> 3.2.1 diffondere i dati delle indagini epidemiologiche relative all'obesità infantile e allo stile di vita dei minori, delle attività di prevenzione dell'obesità infantile promosse nel territorio in collaborazione con PLS, DSS, altri enti o associazioni, delle attività di promozione di stili di vita salutari diretti ai genitori e alle famiglie 3.2.2 raccogliere ed elaborare e restituire ai professionisti ed ai servizi i dati di un set di strumenti (EMME), già validato dalla nostra regione per valutare la motivazione al cambiamento verso una corretta alimentazione ed uno stile di vita attivo nelle attività di counseling 3.2.2 incentivare la collaborazione con i PLS per l'utilizzo dei dati dei bilanci di salute |
|--|

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|--|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Diffusione materiale didattico Okkio a tutti i plessi delle scuole primarie (1436 scuole - 4496 plessi) Fonte = dati sistema ARIS | URSV Referente Sorveglianza nutrizionale Regione Veneto | | 0/4496 | 60% | | 90 % | |
| Predisposizione e diffusione relazione Studio Okkio 2010 a MDS (3546) e PLS (568) Regione Veneto | URSV Referente Sorveglianza nutrizionale Regione Veneto | | 0 | 90% | | | |
| Partecipazione tutti i SIAN ULSS Veneto OKkio 2012 a valenza Regionale | Regione Veneto-ISS | | 0 | 21/21 | | 21/21 | |

| | |
|---|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Educazione e promozione della salute in ambito alimentare |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.9 3.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.9.4 3.2.5 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Nell'ambito della lotta a tutte quelle forme morbose la cui componente nutrizionale e la sedentarietà giocano un ruolo determinante e che oggi, nei Paesi industrializzati, costituiscono le patologie prevalenti (obesità, m. cardiovascolari, diabete, tumori), la Regione Veneto vuole supportare gli interventi appropriati ed efficaci nell'ambito della programmazione regionale per l'educazione e promozione della salute in ambito alimentare e che riguardano:

- o educazione alimentare nelle scuole (abbinata alla promozione di uno stile di vita attivo) basata sull'EBP e sulla valutazione di efficacia;
- o collaborazione e partecipazione dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) al programma di screening cardiovascolare con un programma standardizzato di incontri con i gruppi a rischio, con valutazione di efficacia.

L'educazione alimentare ed allo stile di vita attivo non è solo lo strumento atto a modificare atteggiamenti scorretti, ma è, in primo luogo, il mezzo per rafforzare quanto di corretto già esiste per un'evoluzione in positivo dei comportamenti anche attraverso l'approfondimento degli elementi culturali di base. Attualmente si pone attenzione ai corretti stili di vita e nello specifico alla corretta alimentazione ed all'attività motoria, per contrastare sovrappeso ed obesità considerato che un terzo della popolazione adulta italiana è in sovrappeso (33%), ed il 9% obeso. Riguardo alla fascia di popolazione infantile, in Italia la situazione dell'obesità è sempre più preoccupante: il 12,3% dei bambini è obeso, mentre il 23,6% è in soprappeso; più di 1 bambino su 3, quindi, ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età.

Si ritiene che un modello organizzativo, strutturato a livello regionale, di implementazione di un **metodo standardizzato** per l'educazione alimentare ed allo stile di vita attivo nelle scuole di ogni ordine e grado, ed in particolare nelle primarie, basato sull'EBP e sulle prove di efficacia, sia fondamentale al fine di portare ad un riequilibrio dei consumi che, in questi ultimi anni, sono stati condizionati oltre che da false credenze e pregiudizi, anche dalla diffusione di informazioni non sempre corrette sui rapporti alimentazione-salute, alimentazione-benessere, con progressivo ed inesorabile allontanamento dalla dieta mediterranea tipica delle nostre aree.

Recenti dati regionali sottolineano che nella fascia di età tra i 50 e i 59 anni il 33% degli uomini e il 28% delle donne risulta essere iperteso, il 22% degli uomini e il 18% delle donne presenta un'ipercolesterolemia, infine il 23% degli uomini e il 28% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero. I Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione possono diventare partner professionalmente qualificati per la collaborazione e partecipazione al **programma di screening cardiovascolare**, in accordo con i Medici di Medicina Generale e gli altri servizi di prevenzione: dall'analisi contestuale dei fattori di rischio comportamentali, parametri antropometrici e chimico-clinici si deve giungere alla definizione di un percorso di prevenzione e trattamento delle fasce a rischio in cui i SIAN collaborano per quanto di competenza

nell'ambito dell'educazione/promozione e counseling per la corretta alimentazione e per uno stile di vita attivo fornito dai SIAN, in cui la valutazione dell'efficacia ha un aspetto preponderante. Valutare l'efficacia degli interventi significa: a breve termine valutare le conoscenze, a medio termine la motivazione e solo a lungo termine la modifica dei comportamenti. Si propongono test validati da utilizzare (BSQ, EMME3, ecc.) per la valutazione a breve e medio termine.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Fasce di popolazione specifiche (bambini, adolescenti, adulti, anziani) con o senza fattori di rischio nutrizionale e sedentarietà. |
|-----------------------|---|

| |
|--|
| <p>7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obiettivi generali di salute : <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10% 1.2 Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari 2. Obiettivi specifici di salute: <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Prevenzione e sorveglianza di abitudini alimentari e stili di vita non corretti 2.2 Ridurre/controllare i fattori di rischio di malattia cardiovascolare con particolare riferimento a sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica 3. Obiettivi di processo <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Promuovere la valutazione KAB (conoscenze, atteggiamenti, comportamenti) negli interventi nel settore scolastico 3.2 Rafforzare partnership/ alleanze con la scuola, finalizzate al sostegno di interventi educativi, all'interno delle attività curricolari, orientati all'empowerment individuale 3.3 Potenziare i programmi volti all'incremento dei consumi di frutta e verdura nella popolazione generale, nella scuola e nei gruppi a rischio per obesità e MCNT 3.4 Diffondere e strutturare a livello regionale programmi di promozione/educazione e counseling per motivare all'adozione di una corretta alimentazione e ad uno stile di vita attivo con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche, da ritagliare su target specifici di popolazione (bambini, adolescenti, anziani, ecc) e su fasce di utenti con fattori di rischio per malattie croniche non trasmissibili ed obesità, in collaborazione con i medici curanti (MMG, PLS, specialisti) |
|--|

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|--|--|---------------------------------------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Dati Okkio alla salute | Okkio alla salute anni 2008/2010/2012 | Obesità infantile al di sotto del 10% | Obesità infantile al di sotto del 10% | Obesità infantile al di sotto del 10% | | Obesità infantile al di sotto del 10% | |
| Numero SIAN della Regione del Veneto che partecipano al piano di prevenzione obesità e di valutazione di efficacia interventi | PTSASA 2008-2010 | | 40% | 70% | | 90% | |
| Numero SIAN della Regione del Veneto che partecipano alla prevenzione cardiovascolare | Programma regionale di screening e prevenzione cardiovascolare | 30% dei SIAN delle Aziende ULSS partecipanti | | 50% dei SIAN delle Aziende ULSS partecipanti | | 70% dei SIAN delle Aziende ULSS partecipanti | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|--|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Consulenza dietetico–nutrizionale |
|---|--|

| | |
|---|--|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.9 3.2 3.3 |
|---|--|

| | |
|--|--|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.9.5 3.2.6 3.3.1 |
|--|--|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Promuovere l'utilizzo del Counseling Motivazionale come strumento per motivare ad una corretta alimentazione e ad uno stile di vita attivo sia attraverso attività formativa sia attraverso protocolli di intervento basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche. L'attività formativa è volta a favorire l'utilizzo del counseling motivazionale sia in occasione del trattamento ambulatoriale laddove sussiste già questa attività, sia a promuovere l'adozione del counseling motivazionale anche in altri setting, per interventi di prevenzione all'interno di programmi quali la gestione di soggetti con rischio cardiovascolare e diabete.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Operatori sanitari che si occupano di prevenzione (medici, dietisti, assistenti sanitari, biologi), MMG e PLS, popolazione generale, soggetti in età scolare, soggetti a rischio per malattie cardiovascolari, soggetti diabetici o con rischio di diabete (diabete gestazionale, pre-diabete, familiarità per diabete). |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

1. Obiettivi generali di salute :

- 1.1 Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%
- 1.2 Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari
- 1.3 Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete

2. Obiettivi specifici di salute:

- 2.3 Prevenzione e sorveglianza di abitudini alimentari e stili di vita non corretti
- 2.4 Ridurre/controllare i fattori di rischio di malattia cardiovascolare con particolare riferimento a sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica
- 2.5 Ridurre/controllare i fattori di rischio di diabete connessi a pattern nutrizionali e stili di vita non salutari

3. Obiettivi di processo

- 3.1 Promuovere il CM nelle consulenze rivolte alla prevenzione ed al trattamento dell'obesità e dei fattori di rischio correlati, in collaborazione con MMG e PLS

3.2 Sviluppare programmi di promozione e counseling per motivare all'adozione di una corretta alimentazione e ad uno stile di vita attivo con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche, da ritagliare su target specifici di popolazione (bambini, adolescenti, anziani, ecc) e su fasce di utenti con fattori di rischio per malattie croniche non trasmissibili, obesità e fattori di rischio collegati, in collaborazione con i medici curanti (MMG, PLS, specialisti)

3.3 Predisporre percorsi di counseling da inserire nei protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio (alimentazione e attività fisica), secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici: in particolare del rapporto costo-beneficio tra adozione di stili di vita salutari e utilizzo di farmaci (antipertensivi, ipolipemizzanti, e per il trattamento del diabete), dato che questi ultimi incidono pesantemente sulla spesa sanitaria nazionale.

3.4 Definire percorsi di counseling con particolare riguardo all'appropriatezza del trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica per obesità malattie cardiovascolari e diabete

3.5 Predisposizione di linee di indirizzo per il counseling motivazionale per la corretta alimentazione e per uno stile di vita attivo

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|---|--|-----------|---|-----------|--|--|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Numero di operatori formati | | | | Accordi con MMG e PLS per inserimento nei Patti Aziendali di obiettivi di risparmio di spesa farmaceutica nella prescrizione (cfr 3.1.3) | | | |
| Linee di indirizzo sul counseling motivazionale per la corretta alimentazione e per uno stile di vita attivo. | Linee di indirizzo sul counseling motivazionale e per la corretta alimentazione e per uno stile di vita attivo. | 1.5 Predisposizione dello schema del documento | | 1.5 Prima stesura del documento | | 1.5 Versione definitiva del documento | |
| Riduzione del 10% di spesa per UTAP aderenti (unità di assistenza primaria) per farmaci antipertensivi, ipolipemizzanti e per il trattamento del diabete | | Valore spesa per UTAP aderenti (unità di assistenza primaria) per farmaci antipertensivi, ipolipemizzanti e per il trattamento del diabete | | Riduzione del 5% di spesa per UTAP aderenti (unità di assistenza primaria) per farmaci antipertensivi, ipolipemizzanti e per il trattamento del diabete | | Riduzione del 10% di spesa per UTAP aderenti (unità di assistenza primaria) per farmaci antipertensivi, ipolipemizzanti e per il trattamento del diabete | Riduzione del 10% di spesa per UTAP aderenti (unità di assistenza primaria) per farmaci antipertensivi, ipolipemizzanti e per il trattamento del diabete |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|--------------------------------|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Ristorazione collettiva |
|---|--------------------------------|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.9 |
|---|------------|

| | |
|--|--------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.9.6 |
|--|--------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

In Italia c'è un gigantesco ristorante, anzi una imponente catena di catering che ogni giorno apparecchia per tre milioni e cinquecentomila coperti. Per due milioni 700 mila scolari e studenti, 250 mila ricoverati in ospedale, insomma per più del 5% della popolazione italiana lo Stato non è solo stato sociale, stato assistenziale, stato regolatore: è anche ogni giorno Stato ristoratore. È un ristorante i cui clienti sono spesso insoddisfatti, dove ci si alza da tavola con la fame, ma lasciando nel piatto metà portata; dove i rifiuti costano più della materia prima, dove tra la cucina e la tavola il piatto viene veicolato.

La Regione Veneto ha affrontato tale problematica attraverso l'attivazione di due Piani Triennali Sicurezza Alimentare nel 2001- 2004 e nel 2005 - 2007 con una specifica Area tematica "NUTRIZIONE" al cui interno è stata individuata la Scheda Tematica "RISTORAZIONE COLLETTIVA SOCIALE" con un gruppo di lavoro multidisciplinare con il compito di produrre documenti di indirizzo per la ristorazione collettiva sociale (scuola, strutture riabilitative e assistenziali per anziani, ospedali).

Nel primo PTSA 2001- 2004 sono state elaborate le Linee Guida per il Miglioramento della Ristorazione Scolastica (D.G.R.Veneto 3883/2001 e s.m. Decreto Dirigente Prevenzione 517/2003), mentre nel secondo PTSA 2005 - 2007 sono state realizzate le Linee di Indirizzo per la Ristorazione nelle strutture assistenziale Extraospedaliere (D.G.R.Veneto 3883/2001 e s.m. 381/2007) e nel 2008 sono state rivedute le Linee Guida per il Miglioramento della Ristorazione Scolastica (Decreto 475/2008). Sono state individuate le problematiche più significative, articolate in Allegati; per ogni allegato sono state evidenziate alcune raccomandazioni che hanno lo scopo di mettere a fuoco le criticità e le possibili soluzioni. Sono inoltre indicati i requisiti fondamentali del servizio di ristorazione collettiva sociale, ma non vengono definiti specifici modelli di riferimento, in quanto la soluzione ottimale deve essere calata nel contesto locale.

L'integrazione tra l'ambito igienistico-preventivo, quello clinico-nutrizionale e quello ristorativo-gastronomico ha permesso una nuova e più ampia visione delle problematiche trattate e costituisce uno dei punti di forza dei precedenti e del prossimo PTSA.

Con il nuovo Piano Triennale Sicurezza Alimentare 2008 – 2010 si sta affrontando l'applicazione territoriale delle LG Ristorazione Scolastica e delle Linee di Indirizzo per la Ristorazione nelle strutture assistenziale Extraospedaliere e verranno elaborate le LG per la Ristorazione Ospedaliera.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Popolazione scolastica della regione Veneto. |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

1. Obiettivi generali di salute :
 - 1.2 Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%
2. Obiettivi specifici di salute:
 - 2.1. Prevenzione e sorveglianza di abitudini alimentari e stili di vita non corretti
3. Obiettivi di processo
 - 3.1 Favorire nella ristorazione collettiva sociale la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette.
 - 3.2 Proseguire nella diffusione delle linee guida regionali in materia di miglioramento della qualità nutrizionale nella Ristorazione Scolastica (DGR Veneto 3883/2001 e s.m. Decreto 517/2004 e Decreto 475/2008) e verifica dell'applicazione delle linee guida regionali di cui sopra nelle PP.AA. per quanto attiene i capitolati d'appalto, le scelte dei menù, le diete speciali e il monitoraggio del servizio come previsto nell'aggiornamento delle LG ristorazione scolastica 2008.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|---|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| RICOGNIZIONE sulla applicazione presso le mense dei contenuti delle L.G. RIST. SCOL. in merito ai capitolati d'appalto e ai MENÙ. | N° di mense con menù predisposti/vali dati negli ultimi 3 anni <hr/> N° mense sul territorio dell'Ulss QUESTIONAR IO SIAN VENETO | 80% | | 85% | | 90% | |
| RICOGNIZIONE sull'applicazione presso le Amm. Com. dei contenuti delle L.G. RIST. SCOL. in merito alla gestione DIETE SPECIALI | N° di Amm. Comunali che applicano le L.G. Rist. Scolastica <hr/> N° di Amm. Comunali che gestiscono il servizio di . Rist. Scolastica QUESTIONAR IO SIAN VENETO | 50% | | 60% | | 65% | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto per la promozione ed il sostegno dell'allattamento materno |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.9 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.9.7 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

L'allattamento materno esclusivo (fino a sei mesi compiuti) e prolungato (associato ad una alimentazione complementare appropriata anche fino a due anni ed oltre) è ormai universalmente considerato un irrinunciabile determinante di salute e viene raccomandato dall'OMS, dalla Commissione Europea, dalle Società Scientifiche e dalle principali Organizzazioni Non Governative a tutela della salute e occupa un ruolo centrale in un numero crescente di programmi dei governi e delle regioni, come peraltro sottoscritto nel 1990 e ribadito nel 2005 a Firenze nella "Dichiarazione degli Innocenti per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno".

L'allattamento materno infatti va considerato la "norma" e costituisce oltre che un determinante di salute fondamentale anche un ottimo indicatore della qualità della relazione madre bambino e dell'attenzione di una Comunità alla famiglia e al benessere dell'infanzia.

Tra gli strumenti rivelatisi più efficaci, particolare rilievo assumono il programma internazionale OMS/UNICEF Ospedali Amici dei Bambini "Baby Friendly Hospital Initiative" (BFHI), promosso e condotto in Italia dal Comitato Italiano per l'UNICEF sotto il nome di "Ospedale Amico dei Bambini per l'Allattamento Materno" che prevede una riorganizzazione e trasformazione dei punti nascita in centri di promozione dell'allattamento al seno, nonché il programma nazionale per una "Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno" in conformità con il programma Internazionale Baby Friendly Community Initiative (BFHI), finalizzato ad un'adeguata preparazione delle gestanti e ad un sostegno dopo la nascita prolungato nel tempo alle madri ed alle loro famiglie.

Le azioni promosse dalla "Baby Friendly Hospital Initiative" (BFHI), sono state nel tempo corroborate da esiti positivi di ricerche scientifiche rigorose ed indipendenti e sono caratterizzate da un'elevatissima evidenza scientifica (EBM 1++) e raggiungono il grado massimo di raccomandazione (A). Una recente presa di posizione dell'Accademia Americana di Pediatria ribadisce l'evidenza di efficacia dei "10 Passi" (AAP Endorsement of the WHO/UNICEF Ten Steps to Successful Breastfeeding - August 25, 2009)

Il programma Ministeriale "Guadagnare Salute" mette l'Allattamento Materno come primo obiettivo dell'area Alimentazione e la BFHI come l'indicatore.

Sull'Allattamento Materno la Regione Veneto già con DGR 248 del 4.02.2005 ha scelto di operare su due piani progettuali principali, che prevedono sia un'attività di sensibilizzazione e promozione, sia, più specificatamente, l'adozione dei citati protocolli internazionali di eccellenza (BFHI/BFCI OMS/UNICEF), comprendenti attività di Formazione degli operatori, il Riorientamento delle attività nei percorsi nascita e attività promozionali c/o la popolazione strumenti. A questo va aggiunta una progettualità sperimentale per il monitoraggio dell'Allattamento secondo le Indicazioni del Comitato Nazionale per l'Allattamento Materno c/o il Ministero della Salute. La realizzazione degli obiettivi comporta una regia regionale coordinata dal Comitato Regionale Allattamento Materno di cui alla DGR citata.

L'obiettivo del progetto è Promuovere l'allattamento materno esclusivo alla dimissione dal punto nascita e fino al 6° mese compiuto, e il mantenimento del latte materno come latte di prima scelta dopo l'introduzione

dell'alimentazione complementare, prolungato secondo i criteri OMS, garantendo un sostegno alle madri ed alle famiglie

Le azioni prevedono la produzione e distribuzione di un opuscolo allattamento per le madri pari ai nati di due anni (150.000), l'implementazione del pacchetto standard Baby Friendly Hospital Initiative dell'OMS/UNICEF in almeno 5 punti nascita della regione (attività di formazione, riorientamento dell'offerta nei percorsi nascita, comprensivo di Audit esterno), la Promozione del pacchetto Baby Friendly Community Initiative (BFCE) e Sperimentazione di un sistema di monitoraggio secondo le linee OMS del Comitato Nazionale per l'Allattamento Materno c/o il Ministero della Salute.

Lo svolgimento delle attività prevede in successione l'Istituzione del Comitato Regionale Allattamento Materno e, contestualmente alla Produzione e diffusione del libretto allattamento, la Ricognizione delle Aziende interessate al percorso BFHI, l'Avvio formale dei percorsi BFH, l'Avvio delle attività formative (formazione formatori), implementazione degli Steps (10 passi BFHI / passi BFCE) e l'Audit previsto dall'OMS/UNICEF nelle diverse fasi di avanzamento.

Il sistema di monitoraggio previsto dal progetto fornirà i dati secondo i criteri OMS e le indicazioni del del Comitato Nazionale per l'Allattamento Materno c/o il Ministero della Salute (CEDAP, Seconda Vaccinazione)

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Neonati (nati 47.682 - ISTAT a. 2009) e le corrispondenti madri |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Secondo l'OMS Tutti i benefici in salute per bambini per le madri nel breve e lungo periodo sono altamente correlati con l'esclusività dell'allattamento materno fino ai 6 mesi compiuti e con la sua durata.

Gli effetti più noti in termini di salute pubblica comprendono: diminuzione delle infezioni gastrointestinali e delle prime vie respiratorie, otite media, dermatiti atopiche, della SIDS, dell'obesità, con ricadute nel lungo periodo su diabete e problemi cardiovascolari e alcuni tipi di tumore una volta adulti e infine, delle difficoltà cognitive e relazionali;

Per le madri un migliore e più rapido recupero dopo il parto con una riduzione del rischio di emorragie, una ridotta incidenza di depressione post-partum, e nel lungo periodo, una riduzione del rischio di tumore al seno e all'utero e di osteoporosi.

Sono stati di recente ricalcolati gli ingenti risparmi potenziali nelle spese sanitarie di un aumento della prevalenza dell'allattamento esclusivo al seno (Pediatrics, 2009-1616)

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|--|--|--|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Prevalenza Allattamento materno esclusivo alla Dimissione negli ospedali candidati BHF(criterio OMS) | Cedap/SDO | | Non disponibili su base regionale. All.Ex. a 3 mesi 54,9% (GenitoriPiù anno 2009*) | 70% | | >80% | |
| Prevalenza Allattamento materno esclusivo a 6 mesi (criterio OMS) | Rilevamento alla 2° seduta vaccinale (Indicazioni) | | | 8% | | >10% | |

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Programma per la promozione dell'attività motoria nella popolazione, con particolare riguardo ai bambini/giovani e anziani |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.9 4.1 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.9.8 3.5.2 4.1.1 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Premessa.

La Regione Veneto da molti anni rappresenta un punto di riferimento nazionale per la promozione dell'attività fisica e la lotta alla sedentarietà in virtù di un programma strutturato di interventi adottato nell'ambito del piano triennale SISP fin dal 2002. In questo ambito ha avuto un ruolo trainante l'ULSS 20 data la lunga esperienza maturata in collaborazione con comuni (principalmente, ma non solo, il capoluogo) e l'università. In questo ambito il Veneto è già impegnato come capofila o partner in numerosi progetti finanziati dal CCM ed ha contribuito a costruire e consolidare una rete di operatori (sanitari e non) attiva a livello intra ed inter regionale. Nel 2002 è stato attivato il progetto veneto di promozione dell'attività fisica ("Scheda 5.1 – Tutela della salute nelle attività fisiche e/o sportive – lotta alla sedentarietà", Piano Triennale SISP 2002/4) la cui conduzione con la D.G.R. n. 3015 del 10.10.2003 è stata affidata al Dipartimento di Prevenzione della ULSS 20; di tale determinazione l'ULSS 20 ha preso atto con deliberazione n. 1321 del 30 dicembre 2003. Il progetto è stato consolidato ed ampliato nell'ambito del II Piano Triennale SISP 2005/7 (DGR n. 3846 del 10.10.04).

In Veneto oggi tutte le aziende sanitarie sono già partecipi, seppure in modo disomogeneo, del progetto regionale di promozione dell'attività fisica. In particolare

1. in ogni azienda è stato individuato un referente per questa attività presso i Dipartimenti di prevenzione;
2. ogni azienda ha partecipato a uno o più incontri o eventi formativi sul tema dell'attività fisica;
3. ogni azienda ha promosso uno o più progetti locali

Il progetto regionale si propone di consolidare la rete, di estendere e rinforzare le attività nelle aziende più attive e di coinvolgere anche quelle meno attive. Si propone inoltre di estendere la copertura degli interventi alle fasce di popolazione a maggior rischio ed ai determinanti ambientali dell'attività fisica.

Il contesto

Per la sedentarietà in Veneto i dati più recenti sono quelli rilevati su adulti dai 18 ai 69 anni dalla sorveglianza Passi: Il 29,5% degli intervistati può considerarsi adeguatamente attivo, il 45% svolge una moderata attività fisica ed il restante 25,5% non svolge proprio attività fisica o comunque ne fa poca. La sedentarietà è più diffusa tra le persone con basso livello di istruzione. Il 16% dei sedentari ha percepito come sufficiente il proprio livello di attività fisica. Solo al 36% delle persone intervistate un medico o un operatore sanitario ha chiesto se effettuassero attività fisica e al 34% ha consigliato di svolgerla.

Secondo un'altra ricerca telefonica effettuata a Verona nel 2006 solo 1/6 degli anziani praticava livelli sufficienti di AF e il 30% si dichiarava completamente sedentario. Per quanto riguarda i ragazzi, lo studio HBSC dell'OMS (giovani tra 11 e i 15 anni) ha evidenziato che nel 2006 svolgevano almeno 1 ora di AF per 5

giorni alla settimana il 37% degli 11enni, il 34% dei 13enni e il 28% dei 15enni; i maschi erano più attivi delle femmine (42% a 11 e 13 anni) e anche il declino dell'AF con l'età era maggiore per le ragazze. Per quanto riguarda il peso corporeo, il 40% delle persone intervistate nel Passi erano in soprappeso o obese, con valori crescenti nelle età più avanzate, *nelle fasce sociali basse e negli uomini rispetto alle donne (51 vs 29%)*; solo il 23% delle persone con eccesso ponderale hanno riferito di aver adottato una dieta consona e il 77% un'AF moderata.

Per i giovani i dati **HBSC** evidenziano un rischio di soprappeso di oltre il 21% e di quasi il 5% per l'obesità negli undicenni, con valori decrescenti nelle altre due fasce d'età. Per l'alimentazione, nello studio Passi solo il 13% ha dichiarato di consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, con percentuali più basse per i maschi e i più giovani di età. Per i giovani dello studio HBSC, solo il 59% dei 15enni dichiarava di fare colazione contro il 69% dei 13enni e il 77% degli 11enni; a tutte le età erano le femmine a saltare maggiormente la colazione. Il consumo di dolci tra i 15enni era del 32% e tra i 13 e gli 11enni rispettivamente del 30% e del 28%, con un maggior consumo da parte delle femmine. Il consumo di bibite zuccherate era del 22% nei 13enni e nei 15enni e del 19% negli 11enni. L'assunzione di frutta e verdura si distribuiva uniformemente nei tre strati di età, con un'assunzione giornaliera intorno al 49%, e le femmine dichiaravano di consumarne più dei maschi. La sedentarietà e la conseguente obesità infantile sono problemi sanitari emergenti: molti bambini, come molti adulti, introducono nel loro fabbisogno giornaliero più calorie di quante ne consumano attraverso il movimento. Il declino dell'attività fisica in età sempre più precoce è un dato in linea con l'epidemia dell'obesità, ma emerge anche una tendenza preoccupante all'aumento del diabete tipo 2 e della sindrome metabolica in età giovanile. In un recente studio scozzese, è emerso che il tempo medio speso in attività fisica vigorosa o moderata rappresenta solo il 2% del tempo totale dei bambini intorno ai 3 anni e il 4% a cinque, sei anni. Una delle cause della sedentarietà è la ridotta possibilità di muoversi in modo sicuro e indipendente a piedi o in bicicletta nel proprio ambiente di vita, accompagnata da un aumento della mobilità passiva utilizzata anche per tratti brevi, potenzialmente percorribili in altro modo. In realtà nelle città la gestione e l'organizzazione degli spazi urbani rendono sempre più difficile praticare attività semplici e non strutturate, attività che vengono ricercate tipicamente in età prescolare per sviluppare le capacità motorie, quali andare in bicicletta, utilizzare pattini, correre e fare gioco libero. Fornire ai bambini questa opportunità significa favorire scelte individuali alternative ai comportamenti sedentari; questo presuppone e, viceversa, promuove una comunità attiva che supporta il movimento e la mobilità attiva.

Uno stile di vita sedentario comporta implicazioni negative non solo sulla salute fisica ma anche sullo sviluppo cognitivo e psicosociale, soprattutto in età evolutiva. Esplorare lo spazio attraverso il movimento e il gioco è un aspetto molto importante per lo sviluppo infantile. I bambini che non sono capaci di esplorare in modo sicuro il proprio ambiente di vita, anche attraverso la conoscenza del proprio corpo, potrebbero in seguito trovare delle difficoltà nell'affrontare piccole situazioni che richiedono abilità cognitive, esplorative e di scelta.

Anche tra i ragazzi, soprattutto tra gli 11 e i 15 anni, si osserva un declino significativo dei livelli di attività fisica, in linea con l'aumento di comportamenti sedentari legati al trasporto ma anche alle attività ricreative quali passare molto tempo a guardare la televisione o giocare al computer. I fattori più frequentemente considerati ostacoli alla pratica individuale dell'attività fisica sono: mancanza di tempo, scarsa motivazione, un inadeguato supporto educativo, mancanza di possibilità, accessi limitati a strutture adeguate, sensazione di insicurezza.

La scuola potrebbe avere un ruolo educativo molto importante nel supportare e stimolare comportamenti non sedentari ma attualmente la scarsità di ore di attività fisica nelle scuole e la poca importanza data all'educazione fisica come materia curricolare non facilita il raggiungimento di questo risultato.

Nella scuola primaria, a differenza di quanto accade in altri paesi Europei, l'educazione al movimento impegna un numero limitato di ore (500 stimate in 5 anni) ed è gestita da maestri privi di qualifiche specifiche. Nella scuola secondaria di 2° grado vengono destinate all'educazione fisica 2 ore alla settimana, parte delle quali impegnate nella formazione teorica. Non è superfluo ricordare che in questi ordini le norme di riferimento per l'edilizia scolastica (DM 18.12.45) non prevedono in tutti i casi l'obbligo di una palestra, essendone escluse, ad esempio, le scuole di minori dimensioni, alcuni istituti professionali ecc...E' evidente che questo rappresenta una contraddizione ed un impedimento ulteriore ad un'azione di supporto ai comportamenti attivi.

Per quanto riguarda l'attività sportiva extrascolastica un'indagine condotta in Veneto tra gli alunni delle scuole superiori, ha evidenziato che il 54 % di essi pratica un'attività motoria sportiva ma si registra anche un'alta percentuale di abbandono dovuto a una serie di fattori: interferenza con lo studio, altri interessi, orari scomodi e impianti troppo lontani, allenatori troppo esigenti ecc. Risulta evidente in particolare che "il mondo dello sport e

quello della scuola non vengono vissuti come sufficientemente integrati” e “si riscontra una diffusa richiesta di maggiore tempo dedicato allo sport nell’ambito delle ore scolastiche”.

Diversi studi hanno rilevato che i bambini e gli adolescenti che praticano regolarmente attività fisica hanno i genitori (o altre figure parentali) che esercitano uno sport o che motivano i loro figli ad essere attivi, per esempio accompagnandoli ad eventi sportivi, facendo sport insieme a loro, osservandoli giocare ecc. Inoltre, i dati ISTAT del 2002 evidenziano che tra i bambini che hanno un comportamento sedentario, il 57.4% ha entrambi i genitori che non svolgono alcuna attività fisica regolare. Intervenire precocemente modificando i comportamenti dei bambini e dei giovani può comportare l’interruzione di questo circolo vizioso, oltre a produrre benefici immediati negli interessati.

Da quanto sopra, emerge la necessità di programmare nell’ambito di interventi di popolazione iniziative per i bambini ed i giovani coinvolgendo anche gli altri soggetti sociali e tenendo conto delle specificità delle singole fasce di età, sulla base delle evidenze scientifiche e delle indicazioni fornite dalle agenzie internazionali.

L’OMS indica alcune tipologie di attività per raggiungere i livelli raccomandati di attività fisica nelle varie età e precisamente:

- i bambini e gli adolescenti dovrebbero essere occupati almeno un’ora al giorno in attività fisiche adatte all’età, divertenti e diversificate;
- la maggior parte di queste attività dovrebbero essere di tipo aerobico e di intensità moderata/vigorosa;
- ognuna delle attività vigorose e di quelle di rinforzo muscolare e osseo dovrebbero essere previste almeno tre volte la settimana.

Com’è evidente le indicazioni riguardanti i bambini e gli adolescenti sono decisamente più impegnative rispetto a quelle prescritte per gli adulti e gli anziani. E’ altrettanto evidente che difficilmente un’unica pratica sportiva o ricreativa può soddisfare questi requisiti e che quindi è necessario puntare all’affiancamento con attività di movimento integrate nella vita quotidiana. Per questo è necessario che le proposte mirino a rafforzare comportamenti attivi nei giovani non solo mediante l’incentivazione dello sport ma anche dell’attività motoria in generale, quali strumenti di benessere fisico e psico-sociale destinati a tutti i giovani, abili e meno abili.

In un contesto così preoccupante i sistemi sanitari possono svolgere un ruolo primario a diversi livelli:

- fornendo conoscenze su interventi di provata efficacia ai decisori e agli stakeholders;
- facilitando lo scambio di esperienze e conoscenze in materia;
- promuovendo l’attività fisica presso altri settori e fornendo a questi gli strumenti per facilitarne l’integrazione nelle politiche relative;
- intervenendo perché l’attività fisica entri a pieno titolo nell’agenda delle politiche sanitarie;
- fornendo l’esempio;
- dimostrando i benefici economici degli investimenti sull’attività fisica.

Tuttavia l’attività fisica non è soltanto una questione di sanità pubblica; essa riguarda anche il benessere della comunità, la protezione dell’ambiente e rappresenta un investimento per le generazioni future. Per questo gli interventi dovrebbero essere condotti nei vari settori e nelle diverse amministrazioni su larga scala e in maniera sistematica e coerente.

Per quanto riguarda la collaborazione con il settore delle cure primarie, essenziale per la promozione dell’attività fisica a livello individuale, solo due aziende sanitarie della Regione hanno inserito la promozione dell’attività fisica nei patti aziendali con i MMG (come sarebbe opportuno fare). Infatti i medici di medicina generale nella nostra Regione sono già stati destinatari di alcuni eventi formativi: nel 2007/08 è stata realizzata una campagna di formazione per gli operatori sanitari della prevenzione e per i medici di medicina generale (MMG) in cui sono stati coinvolti 962 operatori sanitari, di cui 724 MMG. Nel corso di tale campagna è stato realizzato un questionario per i MMG, per testare comportamenti, conoscenze e convinzioni riguardo al tema dell’attività fisica (AF) e della sua promozione nel contesto ambulatoriale. La ricerca ha visto coinvolti 459 MMG di 13 ULSS del Veneto (35% femmine e 65% da maschi, il 76% con età compresa tra i 44 e i 58 anni).

Principali risultati:

- il 44% dei medici non pratica regolarmente l’AF; per chi non la pratica, gli ostacoli principali sono il poco tempo disponibile e la stanchezza;

- il 46% nell'anamnesi chiede di routine se il paziente pratica AF, il 50% lo chiede in casi specifici; il 56% ha uno spazio sull'AF nella sua scheda paziente anche se l'84% consiglia spesso o sempre l'AF ai pazienti;
- più del 90% ritiene che il MMG abbia una grande importanza nel motivare i pazienti all'AF;
- per rendere più praticabile la prescrizione dell'AF viene ritenuto importante da parte della sanità pubblica: intensificare le campagne informative (26%); facilitare l'accesso alle strutture (10%).

Le iniziative volte a stimolare l'attività fisica dovrebbero avvalersi dei seguenti principi chiave:

- agire a livello di popolazione
- intendere il termine "attività fisica" in senso ampio
- coinvolgere altri settori dell'economia e della società
- migliorare e attrezzare il territorio in funzione dell'attività fisica
- intervenire contemporaneamente sui diversi aspetti del problema
- realizzare iniziative che rispondano alle reali esigenze dei cittadini
- ridurre le disuguaglianze
- basarsi sulle evidenze scientifiche più robuste
- essere sostenibile
- lavorare su vari livelli

(OMS Europe, Physical Activity and Health in Europe).

L'ambiente

Come esplicitato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità la promozione della salute comporta azioni dirette a contrastare i determinanti negativi della salute e a favorire i determinanti positivi. Individuare la salute come obiettivo nei documenti preliminari comporta anche la responsabilità di rendere esplicite le conseguenze sulla salute nei vari ambiti di intervento (es. attraverso la valutazione dell'impatto sanitario) e l'integrazione delle azioni con quelle previste nei piani sanitari. Da questo punto di vista le varie scelte di pianificazione territoriale si possono rivelare strategiche nel determinare una modifica di comportamenti a livello individuale o collettivo nel senso dell'attività fisica o della sedentarietà.

Nel processo di pianificazione nella Regione Veneto, il presente governo del territorio disciplinato dalla LR 11/04, prevede un importante ruolo delle istituzioni e dei soggetti portatori di interessi per la collettività. Sono in atto una serie di interventi e di processi partecipativi per concorrere ad una condivisione di bisogni e azioni nella definizione dei piani di carattere regionale come il PTRC e negli ambiti comunali o sovracomunali (PTCP, PAT e PATI).

Il ruolo del sistema sanitario in questo ambito è essenziale:

1. fornitore di dati e valutazioni relativi alla situazione epidemiologica delle realtà in esame come supporto ai decisori (dati di mortalità, morbosità, incidentalità, comportamenti ecc.);
2. soggetto che concorre alla valutazione di dati ambientali relativi al territorio, portando il punto di vista delle ricadute sanitarie dei problemi ambientali;
3. soggetto che concorre alla valutazione delle previsioni di impatto sanitario degli scenari e delle scelte di pianificazione.

Si manifestano ancora timidamente i riferimenti espliciti alla salute nei documenti preliminari dei piani territoriali e ciò impedisce di cogliere importanti opportunità preventive.

Nel particolare contesto territoriale del Veneto spesso le residenze sono state dislocate in modo casuale ed altrettanto casuale è la localizzazione delle funzioni (del lavoro, dei servizi, dello svago, ecc) alle quali le persone devono accedere. Il tema della mobilità legato allo spazio urbano quale motore e luogo che permetta ma soprattutto incentivi l'attività motoria, è tema che va trattato e raccolto dalle amministrazioni competenti con queste specifiche priorità:

- valutazione dell'impatto sanitario delle scelte di piano e come il sistema degli obiettivi può migliorare la vivibilità della gente;
- individuare indicatori di risultato e le % di trasporto che si vogliono trasferire dal veicolo privato a sistemi di trasporto pubblico integrato con la mobilità alternativa (piedi/bici, car sharing, ecc.);

- delineare assetti territoriali per ragionare in termini di rete dove i rami sono canali infrastrutturali e le maglie porzioni di area da governare; progettare, trasformare con progetti di area: in questo quadro i piani del verde e le zone dove investire sulla mobilità alternativa come le isole ambientali, le zone 30 o le aree non attraversabili sono usi del suolo da pianificare, parti di un progetto di area. Analogamente rappresentano problematiche di interesse per la salute la pianificazione dei servizi e delle aree per la socializzazione ed integrazione.

Obiettivi

Gli obiettivi di salute pubblica generali e specifici dei progetti e le linee di intervento sono quelle già in atto nell'ambito

- del progetto regionale di lotta alla sedentarietà (http://prevenzione.ulss20.verona.it/att_motoria.html),
- del programma nazionale di promozione dell'attività motoria (http://prevenzione.ulss20.verona.it/attmotoria_nazionale.html)
- del progetto "Ragazzi in gamba" (http://prevenzione.ulss20.verona.it/ragazzingamba_nazionale.html)

Sul piano metodologico rappresenta una necessità ed un valore aggiunto il coordinamento e la collaborazione con gli altri progetti aventi obiettivi simili (prevenzione cardiovascolare, promozione della sana alimentazione; prevenzione degli incidenti domestici e stradali; promozione della salute attraverso l'intervento sul contesto urbanistico). Inoltre rappresenta un valore aggiunto la multisettorialità, in particolare per quanto riguarda i fattori di rischio cui si rivolge il programma Guadagnare Salute.

Obiettivi generali

Il programma si propone di incidere sui comportamenti sedentari nelle varie fasce di popolazione al fine di:

- 1) ridurre l'incidenza delle malattie cronico-degenerative legate alla sedentarietà (obesità, diabete, malattie cardiocircolatorie, tumori) della depressione nella popolazione generale e con particolare attenzione alla popolazione che presenta fattori di rischio;
- 2) prolungare lo stato di autosufficienza nell'anziano rallentando il processo fisiologico di riduzione dell'efficienza fisica e cognitiva, riducendo anche l'incidenza degli infortuni domestici;
- 3) favorire il recupero di abilità fondamentali negli anziani istituzionalizzati ed il rallentamento dei danni cognitivi nelle persone affette da demenza;
- 4) migliorare l'autonomia e le competenze motorie nei bambini dalla scuola materna in poi al fine di assicurare l'assunzione di comportamenti attivi che dureranno per tutta la vita; individuare interventi specifici per i bambini affetti da obesità o diabete;
- 5) migliorare i contesti urbanistici al fine di renderli favorevoli ai comportamenti salutari ed in particolare all'attività fisica.

Obiettivi specifici

1. Attivare e diffondere gli interventi che prevedono approcci multi-target e multi-componenti per incoraggiare il movimento nella vita quotidiana e nel contesto urbano (popolazione target tutta la popolazione)
2. Attivare e diffondere gli interventi che prevedono approcci multi-target per incoraggiare il percorso verso la scuola a piedi e in bicicletta; rilevare e migliorare le possibilità di movimento in tutti i contesti di vita dei ragazzi, compresa la scuola (popolazione target ragazzi della scuola primaria e secondaria)
3. Attivare e diffondere gli interventi che prevedono iniziative di incremento dell'attività fisica organizzata per anziani in gruppo utilizzando le esistenti strutture sociali o luoghi di ritrovo (popolazione target anziani)
4. Attivare e diffondere gli interventi di attività fisica per gruppi a rischio in quanto affetti da patologie specifiche che traggono maggior beneficio dal movimento sotto l'aspetto terapeutico e abilitativo (pazienti psichiatrici cardiopatici diabetici e obesi)

5. Diffondere tra il personale competente dei settori della pianificazione territoriale e dei lavori pubblici dei trasporti e della sanità le linee di indirizzo sulle trasformazioni urbane che promuovono e favoriscono stili di vita attivi (popolazione target tutta la popolazione)
6. In collaborazione con il progetto per la prevenzione degli incidenti domestici attivare programmi di attività fisica a scopo terapeutico, riabilitativo appositamente studiato sotto il profilo quantitativo in collaborazione con i professionisti di riferimento, sono previsti interventi formativi rivolti a personale di assistenza domicilio (sia di aria pubblica che di cooperative) e per il personale addetto all'assistenza nelle strutture residenziali (che possono fungere da formatore per l'area individuata)

Azioni

Numerose azioni sono già state effettuate al fine di raggiungere gli obiettivi sopra citati. Si tratta ora di consolidare gli interventi in atto e di realizzare le azioni necessarie a raggiungere gli obiettivi fissati.

I principali filoni di attività individuati (privilegiando in ogni caso gli interventi rivolti alla popolazione ed ai gruppi a rischio) sono:

1. attività per adulti/anziani: gruppi di cammino, ginnastica in palestra, ballo, piscina ecc.; interventi specifici per portatori di patologie croniche (diabetici, cardiopatici, obesi, pazienti psichiatrici e anziani parzialmente non autosufficienti);
2. attività per ragazzi: pedibus, interventi per incentivare il cammino e l'uso della bicicletta, attività ludico-sportive per giovani;
3. interventi che prevedono la diffusione di "punti di decisione" per favorire comportamenti attivi (solleciti all'uso delle scale, alla mobilità attiva, al movimento nei parchi);
4. interventi che migliorano la collaborazione dei vari soggetti nella stesura dei piani di zona;
5. interventi sui determinanti ambientali degli stili di vita (urbanistici e sociali);
6. integrazione trasversale tra progetti: lotta alla sedentarietà, promozione della sana alimentazione, prevenzione cardiovascolare e collaborazione ospedale-territorio, prevenzione delle malattie croniche (diabete, obesità ecc.), urbanistica, prevenzione incidenti stradali e domestici;
7. coinvolgimento sistematico dei medici di medicina generale, anche attraverso attività di formazione specifiche.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Personale delle aziende sanitarie ed ospedaliere, delle strutture residenziali, delle amministrazioni locali, delle scuole; popolazione sedentaria e categorie a rischio |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Migliorare la capacità di promuovere l'attività fisica nel personale sanitario; aumentare i livelli di attività (con particolare riguardo alla vita quotidiana) di adulti e ragazzi; migliorare l'offerta di occasioni di attività fisica per la popolazione e i suoi sottogruppi

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|------------------------------------|--|--|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| % di Aziende Ulss che aderiscono formalmente al programma regionale di promozione dell'attività fisica con programma aziendale e gruppo di lavoro multidisciplinare | Delibera del Direttore Generale | | Individuato referente 100%, 5% con DDG | 40% | | 80% | |
| Numero di Aziende Ulss che organizzano almeno 1 gruppo di cammino per categorie a rischio | Dati di monitoraggio del programma | | | 80% | | 90% | |
| Numero di Aziende Ulss che organizzano almeno una iniziativa di attività motoria (pedibus o altro) in collaborazione con la Scuola | Dati di monitoraggio del programma | | | 80% | | 90% | |

| | |
|--------------------------------|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del programma | Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate |

| | |
|---|----------------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.9. 2.7. |
|---|----------------------|

| | |
|--|--------------------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.9.10 2.7.10 |
|--|--------------------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Il consumo di tabacco costituisce tuttora di gran lunga il più importante fattore di rischio prevenibile e prevedibile per la salute, in particolare, per le malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie, oltre ad essere una causa di disuguaglianza, povertà e sfruttamento di alcune categorie vulnerabili di persone.

Il fumo è uno dei quattro principali fattori di rischio, assieme a alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica responsabili delle patologie croniche, non trasmissibili che determinano l'86% delle morti in Europa. In Italia, si stima che tali patologie siano responsabili del 75% di tutte le morti e le gravi disabilità.

Attualmente la percentuale di fumatori attivi nella popolazione veneta di 14 anni e oltre è del 22,3% a fronte del 23% della popolazione nazionale (ISTAT, 2009). I dati 2009 del sistema di sorveglianza PASSI rilevano che il 29% degli intervistati (tra i 18 e 69 anni) sono fumatori.

Dall'indagine HBSC (Health Behaviour in School – aged Children) condotta dall'OMS nel 2002 e nel 2006 tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni che frequentano la scuola media inferiore e superiore, è emerso che in Veneto la percentuale di pre-adolescenti e adolescenti che sperimentano il fumo di tabacco cresce velocemente con l'età. Nel 2006, comunque, la percentuale di ragazzi in tutte e tre le età considerate che sperimentano diminuisce in modo significativo ($p < 0,01$), rispetto al 2002.

Date tali premesse si rileva l'importanza e l'urgenza di progettare azioni continuative e sviluppate sull'intero territorio regionale e secondo le indicazioni strategiche dell'OMS,

Il Programma regionale per la prevenzione delle patologie fumo-correlate è una strategia globale di prevenzione e controllo del tabacco strutturata sulla base delle prove di efficacia disponibili e sancita da una serie successiva di atti deliberativi specifici e da finanziamenti dedicati (DGR. n. 1521/2001, n. 3231/2002, n. 4076/2003, n. 2388/2004, n. 944/2005, n. 2675/2006, n. 2604/2007, n. 3669/2008 e n. 4022/2009).

L'obiettivo generale della strategia è **ridurre il numero di fumatori nella popolazione generale**. Tale finalità si traduce operativamente in tre obiettivi specifici:

- prevenire l'iniziazione al fumo nei giovani
- aiutare i fumatori a smettere
- proteggere i non fumatori dal fumo passivo.

La strategia si sviluppa su tre aree progettuali delle quali seguono le specifiche schede:

- n. 1 Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola
- n. 2 Trattamento Tabagismo
- n. 3 Fumo passivo

| | |
|-------------------------------|---|
| 1) Titolo del progetto | Area 1 - Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola. |
|-------------------------------|---|

| |
|---|
| 2) Breve descrizione dell'intervento programmato |
|---|

Il fumo di tabacco è dannoso ad ogni età. In Italia si stima che circa 80.000 persone all'anno muoiono per patologie diverse correlate al fumo; il rischio tuttavia è strettamente dipendente dall'età di inizio. Per esempio, se una persona inizia a fumare all'età di 15 anni ha una probabilità più alta di ammalarsi di tumore rispetto ad un individuo che ha iniziato a fumare all'età di 20 anni. Inoltre, nell'adolescenza il fumo è associato con una maggiore gravità e suscettibilità alle infezioni delle vie respiratorie: ridotta funzione respiratoria e tasso di accrescimento dei polmoni, maggiore probabilità di attacchi di tosse, di respirazione difficoltosa o rumorosa e di mancanza di respiro in condizioni di riposo, ridotta attività fisica. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i fumatori che iniziano a fumare in giovane età e continuano a farlo regolarmente hanno il 50% di probabilità di morire a causa del tabacco.

A tal riguardo, le ricerche svolte negli ultimi anni suggeriscono che in molti Paesi, Italia compresa, tra i giovani e giovanissimi l'abitudine di fumare è ampiamente diffusa.

La ricerca "Health Behavior in School-aged Children" (HBSC, 2006) sui comportamenti legati alla salute in ragazzi di età scolare (11-13 e 15 anni), uno studio promosso dall'OMS che ha coinvolto 41 nazioni di tutto il mondo, evidenzia come a livello italiano il 20% delle quindicenni e il 23% dei quindicenni hanno acceso la loro prima sigaretta a 13 anni o prima. Un quinto sia dei ragazzi che delle ragazze di 15 anni fumano almeno una volta a settimana.

In Veneto, è emerso che la percentuale di pre-adolescenti e adolescenti che sperimentano il fumo di tabacco cresce velocemente con l'età. Nel 2006, comunque, la percentuale di ragazzi in tutte e tre le età considerate che sperimentano diminuisce in modo significativo, rispetto al 2002. Hanno provato a fumare nel 2006 il 6,0% degli 11enni vs l'8,1% del 2002, il 25,8% dei 13enni vs il 37,1% di quattro anni prima ed il 60,7% dei 15enni vs il 63,7% del 2002.

Anche la percentuale di ragazzi che hanno acquisito l'abitudine al fumo cresce velocemente all'aumentare dell'età.

Inoltre, per il consumo quotidiano di tabacco, come per la sperimentazione, nel 2006 si è registrata una diminuzione rispetto al 2002 in tutte e tre le età considerate. Tale diminuzione è risultata significativa per i 13enni ($p < 0,05$) e per i 15enni ($p < 0,01$). Nel 2006 fumano quotidianamente lo 0,3% degli 11enni, il 2,4% dei 13enni ed il 18,3% dei 15enni vs rispettivamente lo 0,5%, il 3,4% ed il 21,4% dei fumatori abituali rilevati nel 2002. Il consumo regolare di tabacco tra i due sessi non registra differenze statisticamente significative.

Oltre a tali premesse, dalla letteratura internazionale emerge che, se le persone non iniziano a fumare durante l'adolescenza, hanno una bassa probabilità di diventare un fumatore regolare in età adulta (Paavola et al., 1996), che esiste una forte correlazione tra l'età di iniziazione al fumo e la probabilità di diventare un forte fumatore regolare (Conrad et al., 1992), che la dipendenza aumenta con l'età e che un alto grado di disassuefazione si instaura solo dopo alcuni anni dall'iniziazione al fumo (Pacifci et al., 2003) e che, quindi, prima si inizia a fumare e prima si instaura l'abitudine strutturata al fumo.

Si comprende, pertanto, l'importanza di attuare tale Area progettuale di prevenzione del tabagismo e di promozione della salute a scuola con l'obiettivo generale di prevenire o ritardare l'iniziazione al fumo tra i giovani e giovanissimi ed il passaggio dalla sperimentazione al fumo abituale.

Tale Programma si propone di implementare in modo uniforme nel territorio regionale buone pratiche di interventi di prevenzione del tabagismo a scuola consolidate e verificate anche a livello nazionale ed internazionale, integrate con buone pratiche sviluppate a livello regionale, secondo l'ottica efficace della continuità mediante progetti educativi per ogni età e grado scolastico, dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria di II°.

Nello specifico i progetti regionali proposti sono:

- "Alla conquista del pass per la città del sole", Programma annuale rivolto ai bambini, docenti e genitori dell'ultimo anno della scuola dell'Infanzia (5 anni) e primo ciclo della scuola primaria;
- "Club dei vincenti. Un piano speciale contro il fumo", Programma rivolto ai bambini, docenti e genitori delle classi IV° e V° della scuola primaria;

- “C’era una volta... e poi vissero sani e contenti”, Programma triennale rivolto ai bambini, docenti e genitori delle classi III°, IV° e V° della scuola primaria;
- “Liberi di scegliere”, Programma di prevenzione primaria dell’abitudine al fumo di sigaretta rivolto agli studenti e docenti della scuola secondaria di I° grado;
- “Smoke Free Class Competition”, Concorso europeo rivolto alla scuola secondaria di I° grado e al biennio della scuola secondaria di II° grado;
- “Insider”, Programma rivolto agli studenti e docenti della scuola secondaria di II° grado;
- “Sfumiamo i dubbi”, Programma basato sulla peer education e proposto alla scuola secondaria di II° grado.

Ad integrazione dei progetti sopraindicati riguardanti la fascia degli studenti dai 12 ai 15 anni vi sono i Laboratori didattici multimediali per la promozione della salute attivi presso Villa Cà Dotta di Sarcedo VI. Nei laboratori di Cà Dotta si propone una metodologia di lavoro che prevede il coinvolgimento attivo dei visitatori con l’utilizzo di modalità comunicative di forte impatto emozionale, centrate sull’immaginario individuale e collettivo legato al fumo di sigaretta e dal prossimo anno scolastico anche all’alcol.

I progetti sopra elencati vanno inseriti all’interno di un processo culturale che mira a raggiungere l’obiettivo “Verso una scuola libera dal fumo” attraverso un apposito manuale rivolto ai dirigenti scolastici e docenti referenti alla salute.

Tale area si sviluppa attraverso le seguenti azioni:

- Promozione ed implementazione nel territorio regionale dei programmi di prevenzione per la scuola sopradescritti attraverso la rete dei Referenti Aziendali della Strategia della prevenzione delle patologie fumo-correlate mediante: invio delle schede di adesione ai programmi regionali, raccolta delle adesioni ed invio dei materiali didattici richiesti, formazione specifica degli operatori coinvolti (scolastici e sanitari),
- partecipazione a progetti europei e nazionali specifici per la prevenzione del tabagismo a scuola e la promozione di uno stile di vita sano.
- realizzazione e revisione critica e/o ristampa di materiali educativi necessari;
- coordinamento e supporto tecnico-scientifico continui dei progetti di prevenzione del tabagismo a scuola.
- monitoraggio e valutazione continui dei programmi educativi adottati.

Le possibili criticità previste riguardano la spesso inadeguata e limitata disponibilità di personale nelle Aziende ULSS per la conduzione delle iniziative proposte, nonché la debolezza o mancanza, in alcune Aziende, di una struttura organizzativa di riferimento per l’organizzazione, il coordinamento e la conduzione di iniziative di prevenzione nel territorio. A tali criticità vanno aggiunte spesso difficoltà organizzative e di collaborazione che caratterizzano le istituzioni scolastiche.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Il target degli interventi riguarda gli alunni, i docenti ed i genitori delle scuole statali e paritarie del Veneto di ogni ordine e grado a partire dalla scuola dell’infanzia fino alle scuole secondarie di II° grado per un totale di 1.899 scuole e 704.164 studenti (dati relativi all’a.s. 2009/2010). |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Aumentare il numero di scuole aderenti ai progetti regionali proposti di prevenzione del tabagismo e di promozione della salute in modo uniforme nel territorio regionale al fine di offrire equi e maggiori opportunità agli studenti di prevenire e/o ritardare l'iniziazione al fumo come il passaggio dalla sperimentazione al fumo abituale.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|--|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| % di Aziende ULSS aderenti ai progetti | Schede annuali di adesione ai progetti regionali | | 90% | 90% | | 90% | |
| N° corsi di formazione svolti | Relazione regionale annuale | | 1 | 2 | | 2 | |
| % di scuole partecipanti ai progetti | Monitoraggio regionale annuale delle attività svolte | | 10% | 15% | | 15% | |
| % di classi coinvolte per ogni progetto | Monitoraggio regionale annuale delle attività svolte | | 10% | 15% | | | 15% |

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1) Titolo del progetto | Area 2 -Trattamento Tabagismo. |
|-------------------------------|---------------------------------------|

2) Breve descrizione dell'intervento programmato

Il programma si articola in due livelli di intervento:

INTERVENTI DI 1° LIVELLO – Promozione a livello di comunità e di assistenza primaria dell'abbandono del consumo di tabacco attraverso azioni di sensibilizzazione della popolazione generale (iniziative locali e regionali per la Giornata mondiale senza tabacco 31 maggio, coordinamento con i progetti Genitori Più, ecc.) , formazione al counselling breve degli operatori sanitari (prosecuzione del sostegno all'implementazione del Programma Mamme libere dal fumo; corsi di formazione a livello locale e regionale per operatori sanitari, ecc.), mantenimento e sviluppo delle reti regionali, nazionali ed internazionali (Rete HPH – Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della Salute, ecc.) ed integrazioni con reti e progetti regionali e nazionali (Progetto di prevenzione cardiovascolare, Guadagnare Salute, ecc.)

INTERVENTI DI 2° LIVELLO – Trattamenti individuali e di gruppo per fumatori: definizione dei modelli di trattamento individuali e gruppalari in base alle buone prassi sviluppatesi in Veneto, implementazione di tali modelli, sviluppo di un sistema di monitoraggio, coordinamento degli interventi di 2° livello (ambulatori e percorsi di gruppo TGFumo), sviluppo della rete veneta delle offerte terapeutiche per fumatori (anche attraverso la creazione di un sito dedicato), studio delle caratteristiche dei fumatori correlate all'esito del trattamento a breve, medio e lungo termine (studio FocusFumo).

| | |
|-----------------------|-----------------|
| 3) Beneficiari | FUMATORI |
|-----------------------|-----------------|

4) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

aumentare le offerte terapeutiche per smettere di fumare

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|---|--|--|---|-----------|---|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| INDICATORI DI PROCESSO DI INTERVENTI DI I° LIVELLO: - N° AULSS CHE ADERISCONO AD INIZIATIVE DI SENSIBILIZZAZIONE E DI FORMAZIONE COUNSELLING | Dati di attività raccolti dalla Direzione Prevenzione | | n° 19 aulss partecipanti al progetto mamme libere dal fumo | n° 21 Aulss partecipanti al progetto mamme libere dal fumo realizzazione giornata mondiale senza tabacco regionale | | n° 21 Aulss partecipanti al progetto mamme libere dal fumo realizzazione giornata mondiale senza tabacco regionale | |
| INDICATORI DI PROCESSO TRATTAMENTO GRUPPALE ED INDIVIDUALE: 1. N°GRUPPI SVOLTI 2. N° AMBULATORI DI 2°LIVELLO ATTIVI | Dati di attività raccolti dalla Direzione Prevenzione | | n°14 gruppi n° 15 ambulatori attivi | n°18 gruppi n°18 ambulatori attivi | | n°21 gruppi n° 21 ambulatori attivi | |

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1) Titolo del progetto | Area 3 - Fumo Passivo. |
|-------------------------------|-------------------------------|

2) Breve descrizione dell'intervento programmato

Il fumo di tabacco è dannoso ad ogni età. In Italia si stima che circa 80.000 persone all'anno muoiono per patologie diverse correlate al fumo; anche se con l'entrata in vigore della Legge 3/2003 l'esposizione al fumo passivo negli ambienti di lavoro e negli esercizi pubblici è molto diminuita, è necessario perseverare nel monitoraggio e sostegno alle aziende sull'applicazione del divieto, perché l'attenzione al rispetto non diminuisca nel tempo.

Inoltre esistono altri ambiti dove la legge non si applica e dove continua ad esistere una importante esposizione al fumo passivo: ambiente domestico e auto.

Il progetto si propone quindi di intervenire con iniziative di vigilanza e monitoraggio sull'applicazione del divieto nei seguenti settori e di continuare l'implementazione dei progetti CCM:

- ambienti di lavoro privati e pubblici coinvolgendo gli SPISAL affinché inseriscano nella vigilanza di routine il controllo degli aspetti sul rispetto del divieto del fumo;
- esercizi pubblici e locali di ristorazione coinvolgendo il personale del Dipartimento di Prevenzione in campagne di monitoraggio temporali (programmi ENFASI);
- ambienti sanitari coinvolgendo sia il personale del Dipartimento di Prevenzione che il personale ospedaliero in un percorso di educazione, counselling, disassuefazione ma senza trascurare gli aspetti di vigilanza;
- formazione per il personale dei Dipartimenti per la Prevenzione, su tematiche riguardanti il fumo passivo.

Le possibili criticità previste riguardano la spesso inadeguata e limitata disponibilità di personale nelle Aziende ULSS per la conduzione delle iniziative proposte, nonché la debolezza o mancanza, in alcune Aziende, di una struttura organizzativa di riferimento per l'organizzazione, il coordinamento e la conduzione di iniziative di prevenzione nel territorio. A tali criticità vanno aggiunte spesso difficoltà organizzative e di collaborazione che caratterizzano le istituzioni scolastiche.

| | |
|-----------------------|------------------------------------|
| 3) Beneficiari | Tutta la popolazione della regione |
|-----------------------|------------------------------------|

4) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Aumentare il numero dei Dipartimenti di Prevenzione delle ULSS del Veneto che adottano una politica di promozione, monitoraggio e prevenzione del tabagismo al fine di ridurre l'esposizione nei vari ambienti considerati.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|-------------------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| % di Aziende ULSS partecipanti alla formazione per il personale dei DP | Presenze all'evento formativo | | | 50% | | 70% | |

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|---|
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto per la realizzazione di “Guadagnare Salute” in Veneto |
|---|---|

| | |
|---|------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 2.9 |
|---|------------|

| | |
|--|---------------|
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 2.9.11 |
|--|---------------|

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Secondo i più recenti dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete sono responsabili della maggior parte delle morti, delle sofferenze e dei costi sanitari nel mondo.

In Italia ed in Europa questo gruppo di malattie croniche, che hanno in comune pochi principali fattori di rischio legati a stili di vita non salutari (fumo, alcol, scorretta alimentazione, sovrappeso e/o obesità, inattività fisica) è responsabile dell'86% dei decessi, del 77 % degli anni di vita in salute persi e del 75% dei costi sanitari.

Non è un fenomeno associato al benessere, anzi tali patologie colpiscono maggiormente le classi sociali più svantaggiate. Elemento comune a questi fattori di rischio è che essi sono in gran parte legati a comportamenti individuali, anche se fortemente condizionati dal contesto economico, sociale, culturale ed ambientale in cui si vive e si lavora. Si ritiene quindi fondamentale poter agire tempestivamente e trasversalmente a tutti e quattro i fattori di rischio.

L'approvazione del programma “Guadagnare salute” con il DPCM 4 maggio 2007 ha introdotto un grande cambiamento nelle strategie di prevenzione: è stato, infatti, formalmente fatto proprio dal Governo italiano un approccio più ampio di intervento che mira a promuovere la salute come bene collettivo, tramite l'ottimale integrazione tra le azioni che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli individui. E' proprio attraverso “Guadagnare salute”, che il Governo ha deciso di contrastare i principali fattori di rischio, ponendo attenzione non solo agli aspetti specificamente sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali ed economici della salute, in particolare a quelli che maggiormente influenzano le scelte ed i comportamenti individuali.

Tale programma si fonda sul presupposto che, essendo la salute un bene collettivo, le azioni positive che competono alla collettività sono fondamentali e devono essere integrate con la responsabilità dei singoli individui. La salute dei cittadini non può non essere quindi perseguita dal solo sistema sanitario, ma deve coinvolgere tutte le politiche messe in atto dalle Istituzioni del Paese, ed in questo processo la Sanità pubblica può e deve svolgere il ruolo di coordinamento.

Quindi, in questo approccio, l'“istituzione salute” (nazionale, regionale, locale), oltretutto il proprio tradizionale ruolo di erogatore di servizi sanitari - deve assumere un ruolo di “leadership” e di promozione rispetto alle altre istituzioni, puntando al coinvolgimento di settori diversi delle istituzioni e delle comunità, attraverso la definizione delle reciproche responsabilità, una programmazione ampiamente concertata e l'attivazione di azioni ed interventi che agiscano in maniera trasversale sui diversi determinanti.

La promozione della salute è diventato compito e patrimonio di tutti i soggetti (servizio sanitario nazionale, scuola, enti locali, aziende, associazioni di volontariato, ecc.), che secondo il proprio mandato istituzionale, all'interesse o alla specifica competenza, hanno come scopo il benessere dei cittadini. In quest'ottica, deve essere privilegiata la creazione di reti, alleanze, accordi e partecipazioni (interistituzionali, ma anche tra

istituzioni e società civile) in grado di indurre modifiche stabili nell'ambiente in cui vive e lavora la comunità, tali da rendere più facili le scelte più favorevoli per la salute.

Dalla constatazione che molti interventi di contrasto ai fattori di rischio e di promozione della salute sono esterni agli ambiti di azione del "sistema sanitario", scaturisce la necessità di un'azione "intersettoriale" – a tutti i livelli - quale elemento chiave per il raggiungimento dell'obiettivo di rendere facili le scelte salutari per la popolazione, responsabilizzando, anche a livello locale, amministratori, servizi, rappresentanze della società civile e del mondo produttivo.

Quindi, per prevenire le malattie croniche e le morti prevedibili e prevenibili legate ai quattro principali fattori di rischio e considerato che già la Regione del Veneto aderisce al progetto del CCM "Sviluppare a livello locale la promozione della salute, secondo i principi di Guadagnare Salute" affidato alla Regione Umbria, si rende necessario mettere a punto un progetto che, secondo le indicazioni ed i presupposti concettuali alla base di "Guadagnare salute", preveda:

- la capacità di individuare i bisogni di salute della popolazione, attraverso sistemi di sorveglianza in grado di leggere le criticità da affrontare prioritariamente e consentire la lettura degli outcome di salute ottenuti con gli interventi messi in atto;
- l'approccio trasversale e interistituzionale ai diversi fattori di rischio, a partire dalla costituzione di un tavolo tecnico a livello regionale, in seno al quale siano presenti tutti gli interlocutori che sono in grado di influire sulla salute, da declinare in altrettanti tavoli a livello locale con la funzione di gestione integrata degli interventi di promozione della salute.
- la costruzione di rapporti stabili e innovativi con la comunità locale, dal mondo istituzionale a quello privato, attraverso la stipula di specifici protocolli di intesa, che sanciscano la messa a punto di una rete che consenta di sviluppare azioni integrate finalizzate a incidere sui principali determinanti negativi per la salute
- la costruzione di una cultura condivisa della salute attraverso azioni di sensibilizzazione e momenti formativi congiunti per tutti gli interlocutori, sanitari e non, che sono in grado di influire sulla salute, visti non solo come destinatari degli interventi, ma come protagonisti in grado di contribuire allo sviluppo delle attività finalizzate a favorire comportamenti salutari.

Il progetto si propone di attivare in ogni Azienda ULSS un programma Guadagnare Salute, l'individuazione di un coordinatore del programma e la nomina di un referente tecnico, che segua trasversalmente l'avvio dei progetti legati alla modifica degli stili di vita in integrazione con la comunità locale attraverso un'attività di rete.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Dipartimenti di prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Potenziare a livello regionale politiche e strategie a sostegno della promozione della salute, secondo i principi e l'implementazione delle azioni di competenza regionale previste dal Programma nazionale "Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007)

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|---|--|------------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Identificazione di un referente tecnico con funzioni di coordinamento all'interno del dipartimento di prevenzione per la macroarea progettuale "Guadagnare Salute" | | | 2 ulss | 10 ulss | | 18 ulss | |
| Formalizzazione della nomina del/i referente/i tecnico per la macroarea progettuale "Guadagnare Salute" | Atto formale di nomina del referente/coordinatore del programma "Guadagnare Salute" | | 2 ulss | 10 ulss | | 18 ulss | |
| Evento di formazione orientato alla costruzione di una cultura condivisa della salute per operatori sanitari e non | Numero dei partecipanti | | 30 persone | 40 partecipanti | | 50 partecipanti | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Mantenimento ed estensione dei programmi di screening |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 3.1 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 3.1.1 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale

La Regione Veneto nel 1996 ha emanato le "Linee Guida Regionali sugli Screening Oncologici" e deliberato la loro attivazione da parte delle Aziende ULSS. Dal 2001 gli screening citologico, mammografico e coloretale fanno parte dei LEA (DPCM 29.11.2001) e pertanto non possono essere discontinui o a termine. Sono interventi complessi e impegnativi che coinvolgono figure professionali molto diverse. Per ciascuno screening, sulla base di esperienze di lunga durata a livello europeo e nazionale, sono stati definiti i requisiti essenziali per l'implementazione e un modello di funzionamento standard che ha il rapporto costi-benefici più favorevole.

La Regione Veneto prevede che alcuni indicatori di qualità degli screening oncologici rientrino tra i criteri di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende ULSS. Inoltre nel 2007 è stato approvato dalla Regione il Manuale per l'accreditamento istituzionale dei programmi di screening oncologici (DGRV 4538 del 28.12.2007). Attualmente tutte le Aziende ULSS della Regione Veneto hanno formalmente attivato i tre screening, tuttavia si rilevano insufficienze di estensione degli inviti e/o di qualità in diversi programmi aziendali.

Le Linee Guida di riferimento sottolineano la necessità che gli screening abbiano programmi di assicurazione di qualità. A questo fine la Regione Veneto, pur mantenendo rapporti diretti con le Aziende ULSS per gli aspetti gestionali e di finanziamento, ha affidato al Registro Tumori del Veneto dello IOV (Istituto Oncologico Veneto) il coordinamento dei programmi aziendali e della formazione degli operatori, il monitoraggio e la valutazione degli indicatori di processo e di qualità, il coordinamento di gruppi di lavoro di specialisti.

Scopi generali

Sviluppare e sostenere l'estensione e la qualità dei tre programmi di screening oncologici delle Aziende ULSS della Regione Veneto.

Attività

Con questa linea di lavoro si intende fornire un supporto finanziario alle Unità Operative coinvolte nei diversi programmi di screening aziendali, per sostenerne le attività e per migliorare le performance dei programmi che presentano livelli di qualità e dati di copertura non consoni con gli standard regionali e nazionali.

L'obiettivo verrà perseguito attraverso le seguenti azioni:

- identificazione delle criticità dei tre screening;

- aumento dell'estensione degli inviti nelle Aziende ULSS dove non è ancora adeguata;
- correzione dei problemi di qualità riscontrati;
- mantenimento delle attività di formazione per le varie figure professionali;
- sostenimento dell'attività dei gruppi di lavoro dei vari specialisti (Patologi, Radiologi, Chirurghi, ecc.) coinvolti negli screening tra cui le seguenti attività di formazione specifica
 - o formazione dei radiologi e dei tecnici coinvolti nello screening mammografico
 - o formazione dei patologi coinvolti nello screening mammografico
 - o formazione dei ginecologi colposcopisti coinvolti nello screening citologico
 - o formazione degli endoscopisti coinvolti nello screening coloretale

Attori ed eventuali altri portatori di interesse

Unità Operative coinvolte nei programmi di screening delle Aziende ULSS del Veneto: dipartimenti di prevenzione, ginecologia-osterica, anatomia patologica, chirurgia, endoscopia digestiva, radiologia, laboratorio

Registro Tumori del Veneto - IOV

Possibili criticità

Possibili riduzioni dei volumi di attività dovute a fattori contingenti locali al momento imprevedibili

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Operatori dei programmi di screening delle 21 Aziende ULSS del Veneto Popolazione target dei programmi di screening di tutte le Aziende ULSS della Regione Screening mammografico: circa 608.000 donne di età 50-69 anni Screening del cervicocarcinoma: circa 1.373.000 donne di età 25-64 anni Screening coloretale: circa 1.115.000 persone di età 50-69 anni |
|-----------------------|--|

| 7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: | | | | | | |
|--|--|--|--|-----------|--|-----------|
| <u>Obiettivi di processo</u> | | | | | | |
| Miglioramento dei livelli di estensione degli inviti ai tre programmi di screening | | | | | | |
| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
| | | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Estensione annuale degli inviti allo screening del tumore della cervice uterina (Numero di donne invitate / popolazione target annuale *100) | Survey annuale regionale da parte del Registro Tumori del Veneto - IOV | 80% | >83% | | >85% | |
| Estensione annuale degli inviti allo screening del tumore della mammella (Numero di donne invitate / popolazione target annuale *100) | Survey annuale regionale da parte del Registro Tumori del Veneto - IOV | 92% | >90% | | >90 | |
| Estensione annuale degli inviti allo screening del tumore del colon retto (Numero di | Survey annuale regionale da parte del Registro Tumori del Veneto - IOV | 65% | >70% | | >75% | |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|--|
| persone invitate / popolazione target annuale *100) | | | | | | |
| Numero di corsi realizzati (per 40 operatori) per radiologi e tecnici dello screening mammografico | Documentazione del Registro Tumori del Veneto | 4 | 4 | | 4 | |
| Numero di corsi realizzati (per 30 operatori) per patologi dello screening mammografico | Documentazione del Registro Tumori del Veneto | 1 | 1 | | 1 | |
| Numero di corsi realizzati (per 25 operatori) per ginecologi-colposcopisti dello screening citologico | Documentazione del Registro Tumori del Veneto | 0 | 1 | | 0 | |
| Numero di corsi realizzati (per 40 operatori) per endoscopisti e infermieri dello screening coloretale | Documentazione del Registro Tumori del Veneto | 2 | 1 | | 1 | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Interventi per incrementare la partecipazione e l'accesso agli screening nella popolazione generale ed in sottogruppi specifici della popolazione |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 3.1 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 3.1.2 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Sottointervento 1: Fidelizzazione delle utenti dello screening mammografico

Razionale

- Relativamente ai determinanti della partecipazione e non partecipazione allo screening mammografico, da studi preliminari effettuati negli ultimi anni è emersa l'importanza di approfondire anche alcuni fattori legati all'organizzazione dei centri di screening oppure a caratteristiche sociali o demografiche delle utenti.
- "Fidelizzazione delle utenti dello screening mammografico" è un progetto multicentrico italiano con capofila il Centro per la Prevenzione Oncologica (CPO) Piemonte in cui il Veneto partecipa con cinque aziende: ULSS 2, 4, 13, 18, 22. Esso si propone lo sviluppo di un tracciato record per la valutazione del grado di fidelizzazione da parte dell'utenza per lo screening mammografico tramite l'indagine sulla popolazione invitata almeno tre volte.

Scopi generali

- Contribuire a sviluppare modelli per migliorare l'equità dell'accesso agli screening di particolari sottogruppi della popolazione;
- partecipare alla valutazione della causa della variabilità intra ed interregionale nella partecipazione ai programmi di screening organizzato;
- contribuire alla valutazione dell'impatto dello screening opportunistico presente a livello locale sui livelli di copertura dello screening organizzato;
- valutare il grado di fidelizzazione dell'utenza agli screening e le differenze nella partecipazione ai diversi programmi di screening.

Fasi

- riunioni di pianificazione; elaborazione delle variabili; elaborazione del tracciato; raccolta dei tracciati dai centri partecipanti
- analisi, elaborazione del rapporto, convegno di restituzione

Attività

- elaborazione di un tracciato individuale che raccolga i dati relativi a più inviti di screening mammografico fatti alla stessa utente
- determinazione delle variabili di interesse al progetto (ad es. dati anagrafici, indice di deprivazione ISTAT, età della donna, round di invito, round organizzativo del programma, data mammografia, data invito, ora appuntamento, ora effettuazione mx, orario di apertura del centro, distanza tra residenza della

donna e centro di screening, tempi di attesa tra la mammografia e l'esito negativo e tra la mammografia e il richiamo in secondo livello, genere del medico di medicina generale al momento del primo invito, età del medico, numero di assistiti del medico

- analisi dei data set comuni raccolti dai vari centri partecipanti

Sottointervento 2: “Immigrati e screening in Italia”

Razionale

- Relativamente all'adesione agli screening oncologici da parte di sottogruppi specifici ed in particolare la popolazione straniera, è emersa negli ultimi anni la necessità di individuare problemi trasversali ai vari gruppi, coinvolgendo gli operatori che si occupano specificatamente ed istituzionalmente di immigrazione (mediatori culturali, centri ISI, associazioni, ecc...). Tutto ciò al fine di indagare gli atteggiamenti, credenze e valori che possono ostacolare la partecipazione di questa fascia di popolazione
- Il progetto ha uno scopo meramente conoscitivo. L'obiettivo del progetto non è tanto quello di creare e valutare nuovi modelli organizzativi quanto quello di descrivere più approfonditamente il fenomeno della partecipazione agli screening in sottogruppi specifici, sia tramite approcci di tipo quantitativo che di tipo qualitativo.
- Il progetto consiste nella produzione del documento: “Immigrati e screening in Italia”, cioè una ricognizione degli interventi italiani di screening mirati alla popolazione immigrata (analisi dei dati e interventi specifici), del contesto teorico di riferimento e dei possibili strumenti informativi e di progettazione

Scopi generali

- fotografare quello che già si è fatto in Italia in termini di esperienze e riflessioni specifiche su immigrati e screening oncologici
- fornire agli operatori degli screening strumenti per analizzare il fenomeno e per pianificare eventuali interventi o studi.

Attività

- raccolta di dati relativi alla partecipazione della popolazione immigrata ai programmi di screening, mediante la formulazione di una scheda di rilevazione ad hoc
- raccolta di informazioni su progetti specifici per gli immigrati realizzati nei programmi di screening italiani, mediante la formulazione di una scheda di rilevazione ad hoc
- analisi della letteratura, soprattutto italiana ma non solo, prodotta sul tema in specifico per quanto riguarda i servizi di screening, ma anche sul rapporto tra popolazione e servizi sanitari in genere, al fine di ricostruire un breve sintesi del contesto teorico di riferimento
- interviste a testimoni chiave, che in virtù del loro ruolo hanno un punto di osservazione privilegiato sulla questione. In specifico, responsabili di programma di screening che hanno già sperimentato interventi con la popolazione immigrata, o di strutture che da anni si occupano della salute degli immigrati, oltre a docenti con competenza specifica in tema di traduzioni, mediazione interculturale e antropologia.
- convegno di restituzione

Criticità

Possibile difficoltà nel reperire alcune variabili da parte di alcuni centri

Attori e portatori di interesse

Registro Tumori del Veneto - IOV

ULSS 22 Bussolengo

Osservatorio Nazionale Screening

CPO Piemonte

ISPO Firenze

ASP Lazio

Programma regionale di screening dell'Emilia-Romagna

ASL 2 Perugia

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Sottogruppi fragili della popolazione (italiani o stranieri con minore alfabetizzazione linguistica o sanitaria) stimabili in almeno il 10% della popolazione target |
|-----------------------|--|

| 7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: | | | | | | | |
|--|---------------------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| Aumento delle conoscenze dei fattori che rappresentano un ostacolo all'accesso agli screening da parte di sottogruppi fragili della popolazione (italiani o stranieri con minore alfabetizzazione linguistica o sanitaria) | | | | | | | |
| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Fidelizzazione: elaborazione del tracciato per la raccolta dati | Documentazione del CPO Piemonte | | assente | presente | | presente | |
| Produzione del Rapporto finale | Documentazione del CPO Piemonte | | assente | In progress | | presente | |
| Immigrati e screening in Italia raccolta di dati | Documentazione del CPO Piemonte | | assente | presente | | presente | |
| Produzione del Rapporto finale | Documentazione del CPO Piemonte | | assente | In progress | | presente | |

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Attivazione su macro-area dell'utilizzo del test HPV-DNA come test di primo livello dello screening del tumore della cervice uterina |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 3.1 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 3.1.3 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale

Evidenze scientifiche emerse negli ultimi anni hanno mostrato una migliore performance del test per la ricerca di tipi ad alto rischio del Papillomavirus Umano (test HPV-DNA) rispetto al Pap test come test di primo livello nello screening del cervicocarcinoma. Infatti il test HPV-DNA ha dimostrato una maggiore sensibilità per lesioni precancerose di alto grado (CIN2+) ed un maggiore effetto protettivo nelle donne con test HPV-DNA negativo, con un riduzione significativa delle lesioni diagnosticate al re-screening successivo².

Il Gruppo Italiano Screening Citologico (GISCI) ha emesso delle Raccomandazioni sul test HPV come test di screening primario³, indicando tra l'altro l'algoritmo di screening da utilizzare, le caratteristiche dei test utilizzabili, dei laboratori da coinvolgere e le modalità per monitorare delle attività svolte.

Scopi generali

Implementare su macro-area un programma di screening basato sul test HPV-DNA; valutarne le ricadute in termini di:

- adesione all'invito
- ricadute organizzative, carichi di lavoro, ecc.
- esigenze comunicative delle donne
- costi

Fasi

Predisposizione di:

- modulo specifico del software gestionale regionale per gli screening
- materiali informativi specifici per il nuovo modello di screening

² Ronco G, et al. Human papillomavirus testing and liquid-based cytology in primary screening of women younger than 35 years: results at recruitment for a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2006;7:545-53.

Ronco G, et al. Human Papillomavirus testing and liquid-based cytology in primary cervical screening: results at recruitment from the New Technologies for Cervical Cancer randomized controlled trial. *JNCI* 2006;98:765-74.

Ronco G, et al. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2010 Mar;11(3):249-57.

³ Raccomandazioni sul test HR-HPV come test di screening primario e rivisitazione del ruolo del Pap test http://www.gisci.it/documenti/documenti_gisci/documento_hpv.pdf

- corso di formazione per il personale implicato nel nuovo modello di screening
- organizzazione logistica dei percorsi dei materiali ed informativi per l'esecuzione del test HPV-DNA presso Laboratori centralizzati

Introduzione dell'utilizzo del test HPV-DNA nei programmi di screening coinvolti

Monitoraggio delle attività svolte

Attività

Verrà utilizzato l'algoritmo di screening riportato nelle Raccomandazioni del GISCI.

Le donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni residenti nelle Aziende ULSS delle province di Padova e Rovigo ed eleggibili allo screening saranno invitate, alla scadenza dei tre anni dall'episodio di screening precedente, a sottoporsi al test per la ricerca dell'HPV-DNA. Contestualmente al prelievo per il test virale, verrà eseguito uno striscio tradizionale, da utilizzarsi per il triage dei casi positivi al virus. Pertanto tale vetrino verrà soltanto fissato, ma sarà colorato e letto solo in caso di positività all'HPV-DNA.

Verrà per prima eseguita la lettura dei test HPV-DNA, i cui risultati saranno inviati per via telematica alle unità organizzative dei programmi di screening. Alle donne con test negativo verrà inviata una lettera di risposta negativa con l'indicazione di un nuovo appuntamento di screening a tre anni.

I casi con test positivo saranno segnalati ai rispettivi Servizi di Citodiagnostica, che effettueranno la colorazione e la lettura dei corrispondenti vetrini. Alle donne con citologia negativa verrà spedita una lettera con un appuntamento di controllo ad un anno. Le donne con citologia positiva (diagnosi ASC-US o più grave) verranno inviate all'approfondimento colposcopico.

I vetrini delle donne negative al test HPV saranno conservati per almeno un mese dalla comunicazione degli elenchi dei test HPV positivi, per essere disponibili in caso di esecuzione ritardata del relativo test HPV. Quindi, come indicato nelle Raccomandazioni del GISCI, andranno eliminati, utilizzando le normali modalità di smaltimento dei rifiuti biologici.

Attori ed eventuali altri portatori di interesse

Unità Operative coinvolte nei programmi di screening delle Aziende ULSS delle province di Padova e Rovigo

Registro Tumori del Veneto dello IOV (Istituto Oncologico Veneto)

Laboratorio del Servizio di Immunologia Diagnostica Molecolare Oncologica dello IOV

Laboratorio della Microbiologia dell'Università di Padova

Gruppo Tecnico Software Screening del Servizio Sistema Informativo della Regione Veneto

Possibili criticità

Nel corso del triennio potrebbero emergere nuove evidenze scientifiche e/o il Ministero della Salute potrebbe rivedere le Raccomandazioni sullo screening cervicale. Di conseguenza sarà necessario modificare il protocollo adottato, secondo le eventuali nuove indicazioni.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Donne di età 25-64 anni (target dello screening del tumore della cervice uterina) delle Aziende ULSS interessate, pari a circa 308.000 soggetti |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:Obiettivi di processo

Estensione degli inviti allo screening con test HPV-DNA alla popolazione target di 5 Aziende ULSS

Realizzazione di:

- modulo specifico del software gestionale regionale per gli screening
- materiali informativi specifici per il nuovo modello di screening
- corso di formazione per il personale implicato nel nuovo modello di screening

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|--|--|--|-----------|--|-----------|
| | | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Numero di Aziende ULSS che utilizzano il test HPV-DNA come test di primo livello dello screening cervicale | Monitoraggio da parte del Registro Tumori del Veneto - IOV | 1 | 3 | | 5 | |
| Estensione annuale degli inviti (Numero di donne invitate / popolazione target annuale *100) | Survey annuale regionale da parte del Registro Tumori del Veneto - IOV | 75% | 77% | | 80% | |

| | |
|---|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Controlli di Qualità Screening Mammografico Digitale |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 3.1 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 3.1.4 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato.

Razionale

Nell'ambito di un Programma di Screening, la qualità elevata delle immagini mammografiche è uno dei presupposti per la buona riuscita del programma stesso. Alcuni fondamentali indicatori dello screening quali i Tassi di Richiami (percentuale di pazienti richiamate per approfondimento in seguito a dubbio derivante dalle immagini mammografiche) ed i Tassi di Identificazione (numero di tumori trovati nella popolazione esaminata), sono stabiliti supponendo che le immagini mammografiche interpretate dai radiologi siano di buona qualità. Per questo motivo, in mammografia e, ancora di più, nei programmi di screening, il **Controllo di Qualità (CdQ)** delle apparecchiature è considerato di primaria importanza e la definizione di un protocollo di Controllo di Qualità è uno dei vincoli delle procedure di accreditamento.

Dal 1° gennaio 1996, inoltre, i controlli di qualità sono obbligatori per legge (DLg 195/230) per qualsiasi apparecchiatura radiologica; tale obbligo è stato riaffermato, specificando responsabilità e ruoli delle figure professionali coinvolte con il Decreto Legislativo n. 187 del 26 maggio 2000 "Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connessi ad esposizioni mediche". Tuttavia, poiché il decreto legislativo non è molto dettagliato sulla tipologia o la modalità dei test da effettuare, le modalità di attuazione della norma di legge sono tutt'altro che standard e in particolare i controlli volti a monitorare la stabilità delle apparecchiature, spesso non vengono presi in considerazione.

Inoltre, il passaggio dalla mammografia su pellicola alla mammografia digitale ha richiesto una revisione (tuttora in corso) dei vecchi protocolli di controlli di qualità, per adattarli alle esigenze delle nuove e più complesse tecnologie.

Scopi Generali

Il Progetto propone l'attuazione di un Programma di Garanzia della Qualità UNICO per tutte le apparecchiature mammografiche digitali coinvolte nei Programmi di Screening Mammografico della Regione Veneto. La proposta di limitare il Programma di Garanzia della Qualità alle apparecchiature digitali è legata al fatto che i mammografi analogici sono ormai in netta minoranza e destinati alla sostituzione per obsolescenza con sistemi digitali in tempi ragionevolmente brevi; l'inclusione delle apparecchiature analogiche implicherebbe un notevole incremento di complicazioni e costi, con rapporto costo-beneficio decisamente sfavorevole.

Fasi

Il Progetto è strutturato in due fasi.

Fase 1: controlli di Accettazione o di Stato che vengono effettuati di norma da un Fisico (Esperto di Fisica Medica) al momento dell'installazione dell'apparecchiatura e successivamente con cadenza annuale o semestrale. Scopo della Fase 1 del Progetto è centralizzare la raccolta dei dati relativi ai controlli di accettazione/stato delle apparecchiature mammografiche digitali dei Programmi di Screening Mammografico della Regione Veneto, secondo un protocollo di misura condiviso.

Fase 2: controlli di Costanza o Riproducibilità che dovrebbero essere effettuati da un Tecnico di Radiologia (TSRM) con frequenza almeno settimanale. Scopo della Fase 2 del Progetto è realizzare una procedura automatica per il controllo di riproducibilità, facendo uso di un software per l'analisi automatica delle immagini prodotte dall'esposizione di un opportuno oggetto-test (detto "fantoccio") e di un Sistema Esperto per la diagnostica dei malfunzionamenti derivati dall'analisi delle variazioni dei parametri di qualità delle immagini rispetto ad una baseline precedentemente definita.

Attività Fase 1

- Definizione protocollo e procedure di test;
- Realizzazione area web Progetto e upload dei dati;
- Raccolta ed elaborazione dei controlli di accettazione/stato effettuati dagli Esperti di Fisica Medica dei Centri;
- Reporting dei risultati ottenuti.

Attività Fase 2

- Acquisto dei fantocci e test di riproducibilità;
- Rilevazione informazioni dai Centri sulle condizioni per l'esportazione delle immagini dal/i mammografo/i e l'invio al server esterno;
- Definizione procedura di baseline e formazione di un referente (tecnico di radiologia) per centro;
- Avvio raccolta test settimanali e verifica di efficacia del processo.

Attori ed eventuali altri portatori di interesse

- ⇒ Regione del Veneto
- ⇒ Istituto Oncologico Veneto
- ⇒ Registro Tumori del Veneto
- ⇒ Ditta esterna che fornisce tutti i servizi per la Fase 2 del Progetto
- ⇒ Unità di Radiologia dotate di apparecchiature mammografiche digitali partecipanti ai Programmi di Screening Mammografico della Regione Veneto

Potenziali criticità

Diverse configurazioni delle apparecchiature digitali che possono rendere l'esportazione delle immagini più o meno semplice.

Disponibilità di una connessione web per l'invio delle immagini al server esterno e la ricezione del feedback dal Sistema Esperto.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | <ol style="list-style-type: none">1. Centri che partecipano ai Programmi di Screening Mammografico della Regione Veneto dotati di apparecchiatura/e mammografica/e digitale/i (circa 35 in base ai dati attualmente disponibili, aggiornati ad inizio 2010);2. Le donne eligibili dei Programmi di Screening Mammografico della Regione Veneto, invitate presso i Centri dotati di apparecchiatura/e mammografica/e digitale/i (oltre 500000 su 608286 totali, 83%, essendo alcuni Centri ancora dotati di apparecchiature analogiche). |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Obiettivi di Processo

1. Il controllo sullo stato di funzionamento e sulla sua costanza nel tempo delle apparecchiature mammografiche (digitali) usate nei Programmi di Screening Mammografico della Regione Veneto.
2. Indirettamente, il controllo di qualità delle apparecchiature permette di monitorare la qualità delle immagini mammografiche prodotte. Avere mammografie di qualità elevate è la condizione necessaria per poter ottenere buoni risultati in termini di indicatori di qualità nell'ambito del Programma di Screening, quali Tassi di Richiamo e Tassi di Identificazione.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|--|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Percentuale di apparecchiature digitali sulle quali è stato applicato il protocollo di test di accettazione/stato previsto dalla Fase 1 | Database presso Istituto Oncologico Veneto | | NA | 50 % | | 70 % | |
| Percentuale di apparecchiature digitali sulle quali è stato avviato il test di riproducibilità previsto dalla Fase 2 | Database presso Istituto Oncologico Veneto | | NA | 50 % | | 70 % | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Attivazione di un software unico regionale per la gestione dei programmi di screening |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 3.1 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 3.1.5 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale

Gli screening oncologici sono interventi di sanità pubblica complessi, offerti attivamente a un numero molto elevato di persone, in grandissima parte sane, che devono rispondere ad adeguati standard di qualità riguardanti ciascuna delle loro fasi e quindi richiedono il monitoraggio continuo di una serie di dati di attività.

Perciò la Regione Veneto (DGR 3379 del 8/11/2005) ha deciso di avviare la realizzazione di un proprio software gestionale "web-based" per gli screening oncologici con l'obiettivo di garantire a tutte le Aziende ULSS un sistema informativo adeguato, omogeneo e standardizzato, aperto alle integrazioni con altri sistemi informativi dipartimentali coinvolti nello screening (anatomia patologica, laboratori di analisi, radiologia, etc.).

Scopi generali

L'obiettivo di questo progetto è estendere il nuovo software gestionale per gli screening a tutte le ULSS, in modo da fornire un sistema informativo con funzionalità adeguate e caratteristiche omogenee per garantire la completa standardizzazione del processo e quindi la qualità delle informazioni raccolte, contenendo i costi di manutenzione ed evoluzione.

Attività

Per ciascun programma di screening si prevedono le seguenti attività, da realizzare in sequenza:

1. Analisi dell'esistente (analisi dell'organizzazione locale, acquisizione ed analisi del database locale, analisi delle integrazioni attive, fattibilità delle integrazioni dei dipartimentali con il sw regionale);
2. Migrazione del database aziendale nel database del software regionale presso la server farm regionale;
3. Test e attivazione delle integrazioni con i dipartimentali di interesse;
4. Avviamento del nuovo sistema presso le Aziende ULSS e verifiche del funzionamento;
5. Formazione del personale;
6. Assistenza di primo livello agli operatori;
7. Manutenzione correttiva ed evolutiva del software regionale, ed eventuale reingegnerizzazione;
8. Evoluzione tecnologica delle modalità di integrazione pre-esistenti;
9. Produzione di flussi di output;

Attori ed eventuali altri portatori di interesse

Unità Operative coinvolte nei programmi di screening delle Aziende ULSS del Veneto;

Registro Tumori del Veneto – IOV

Direzione Controlli e Governo SSR - Servizio Sistema Informatico - Gruppo Tecnico di Gestione Software Regionale per lo Screening Oncologico Regione del Veneto

Possibili criticità: Problemi di ordine organizzativo all'interno delle Unità operative coinvolte, eventuale sostituzione del fornitore del gestionale dipartimentale nelle aziende Ulss di interesse ai fini dell'integrazione con il software regionale

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Unità Operative coinvolte nei programmi di screening delle Aziende ULSS del Veneto e, indirettamente, la popolazione target dei programmi di screening di tutte le Aziende ULSS della Regione Screening mammografico: circa 608.000 donne di età 50-69 anni Screening del cervicocarcinoma: circa 1.373.000 donne di età 25-64 anni Screening colorettaile: circa 1.115.000 persone di età 50-69 anni |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Obiettivi di processo

Attivare il SW regionale ai programmi di screening delle Aziende ULSS del Veneto

Attivare le integrazioni con i dipartimentali di gestione del primo livello di ciascuna azienda: RIS (Radiology Information System), LIS (Laboratory Information System), Anatomia patologica.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|--|--|--|-----------|--|-----------|
| | | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Numero programmi di screening con SW installato | Gruppo Tecnico Software Screening - Servizio Sistema Informativo regionale | 35 | 45 | | 55 | |
| Numero di integrazioni con SW di screening e dipartimentali di interesse | Gruppo Tecnico Software Screening - Servizio Sistema Informativo regionale | 30 | 38 | | 45 | |

| | |
|--|--|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Accreditamento istituzionale degli screening oncologici |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 3.1 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 3.1.6 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale

Se confrontati con gli standard nazionali, i risultati annuali dei programmi del Veneto sono da considerare generalmente soddisfacenti. I valori medi degli indicatori derivano però dalla composizione di dati molto variegati delle diverse ULSS, in alcune delle quali si registrano scostamenti anche importanti dagli standard accettabili. Questo può essere in parte imputato alla assenza di procedure standard, alla disomogeneità di quelle adottate o alla loro mancata applicazione. Di conseguenza, proprio a fronte del grado di sviluppo raggiunto dai programmi aziendali, ed in linea con le attuali indicazioni regionali, nazionali e internazionali, si è ritenuto indispensabile mettere a punto procedure regionali per l'accreditamento istituzionale degli screening citologico e mammografico e coloretale. Tale percorso ha portato, a fine 2007, a deliberare il Manuale per l'accreditamento istituzionale dei programmi di screening oncologici (DGRV 4538 del 28.12.2007).

Scopi generali

Procedere all'accreditamento istituzionale dei programmi di screening del carcinoma della cervice, della mammella e del colon retto della Regione.

Fasi / Attività

Per ciascun programma di screening il percorso di accreditamento prevede le seguenti attività:

- valutazione da parte dell'Azienda ULSS della presenza o meno dei requisiti previsti dal Manuale e stesura di un documento di auto-valutazione da parte dell'Azienda ed invio dello stesso all'Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS)
- identificazione da parte dell'ARSS dell'equipe dei valutatori
- visita di accreditamento con valutazione in loco della presenza dei requisiti previsti
- stesura del rapporto finale con le eventuali indicazioni

Attori e portatori di interesse:

Regione del Veneto
 Registro Tumori del Veneto – IOV
 Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS)
 Programmi di screening delle 21 Aziende ULSS del Veneto

Criticità

Possibili rallentamenti delle attività di accreditamento dovute a fattori istituzionali al momento imprevedibili (le visite sono effettuate dall'ARSS per conto della Regione)

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Popolazione target dei programmi di screening di tutte le Aziende ULSS della Regione Screening mammografico: circa 608.000 donne di età 50-69 anni Screening del cervicocarcinoma: circa 1.373.000 donne di età 25-64 anni Screening coloretale: circa 1.115.000 persone di età 50-69 anni |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Obiettivi di processo

Accreditare i programmi di screening delle Aziende ULSS del Veneto

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|-----------------------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Numero di programmi di screening accreditati | Atti formali della Regione Veneto | | 6 | 24 | | 54 | |
| Numero di Aziende ULSS con i tre programmi accreditati | Atti formali della Regione Veneto | | 2 | 8 | | 18 | |

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto Registro tumori animali nelle province di Venezia e Vicenza |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 3.1 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 3.1.7 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

L'oncologia veterinaria è una disciplina in rapida evoluzione sia per l'attenzione scientifica ad essa rivolta sia per la crescente richiesta di metodologie diagnostiche accurate e capaci di evidenziare la malattia in fase precoce. Inoltre, sempre più spesso all'intervento chirurgico sono affiancate terapie farmacologiche o radianti, in grado di allungare e migliorare l'aspettativa di vita dei pazienti oncologici. Numerosi studi sono diretti a indagare l'epidemiologia della patologia neoplastica negli animali domestici, al fine di valutarne l'incidenza, i tempi di sopravvivenza e l'efficacia o meno delle terapie attuate. Inoltre, gli animali da compagnia, condividendo lo stesso ambiente di vita dell'uomo, si sono rivelati ottimi modelli per lo studio del ruolo di diversi contaminanti ambientali nell'induzione della patologia neoplastica. Il cane, in particolare, presenta quadri neoplastici simili a quelli dell'uomo (ad esempio, mammella, vescica, tessuto linfatico), così come una simile risposta biologica ai carcinogeni. Anche i meccanismi coinvolti nell'induzione della neoplasia sembrano essere gli stessi. L'utilizzo di modelli di studio animale, consente infatti di valutare l'insorgenza spontanea e il decorso neoplastico in tempi ridotti rispetto all'uomo, così come la risposta ad eventuali trattamenti terapeutici. Nell'aprile 2005, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie ha avviato il Registro Tumori Animali delle province di Venezia e Vicenza, grazie ad un finanziamento dal Ministero della Salute. Nell'ambito di tale progetto è stata instaurata una rete di collaborazione con le strutture veterinarie cliniche, che si sono impegnate a rilevare ed inviare al laboratorio le lesioni di sospetta natura neoplastica rilevate nei soggetti residenti nel territorio oggetto di studio; è stata attuata inoltre la stima della dimensione della popolazione canina e felina dell'area interessata dalla registrazione (province di Vicenza e Venezia).

Il presente progetto si propone di proseguire la raccolta e registrazione delle neoplasie spontanee della popolazione canina e felina, nelle aree delle province di Venezia e Vicenza al fine di consolidare i dati di prevalenza ed incidenza ad oggi acquisiti, ampliando la casistica disponibile e di attuare uno studio di follow-up, rilevando dati di sopravvivenza e tempo libero di malattia nei soggetti colpiti. Il progetto si propone inoltre di verificare e affinare la stima della popolazione canina e felina nel territorio delle 2 province, mediante messa a punto e applicazione di modelli statistici in grado di fornire stime accurate e di determinare la struttura per sesso, razza ed età della popolazione, dati essenziali per la successiva standardizzazione dei tassi d'incidenza e per poter effettuare confronti con i dati di altre aree geografiche. I dati di incidenza e prevalenza delle neoplasie spontanee del cane e del gatto potranno fornire maggiori informazioni riguardo i fattori di rischio, la prognosi e la risposta ai protocolli terapeutici utilizzati, con approfondimento delle conoscenze in ambito di oncologia veterinaria che, come già ricordato, è un settore in espansione e sempre di maggiore interesse da parte dei veterinari clinici. Inoltre gli stessi dati potranno essere valutati in ambito di oncologia comparata. La valutazione dei dati di incidenza stratificati nelle diverse aree geografiche potrà consentire l'identificazione di aree a maggior rischio di insorgenza neoplastica e di valutare l'eventuale presenza di fattori di rischio ambientale.

Attività e tempistica

La raccolta e registrazione della casistica proseguirà nell'ottica della collaborazione instaurata tra il Laboratorio di Istopatologia dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie e le strutture cliniche presenti sul territorio di indagine (provincia di Venezia e Vicenza), già censite e coinvolte nel progetto di attivazione del Registro Tumori Animali (2005).

Periodicamente (cadenza annuale) verranno attuati, sondaggi telefonici per valutare il grado di adesione alla ricerca da parte dei medici veterinari. Uno degli obiettivi del progetto è infatti quello di stimare il grado di completezza della casistica, indispensabile a fornire dati di prevalenza ed incidenza attendibili.

Verranno inoltre organizzati incontri formativi in materia di oncologia veterinaria, con comunicazione dei dati epidemiologici acquisiti nel corso del progetto.

La diagnosi delle neoplasie spontanee del cane e del gatto viene attuata con indagine istopatologica ed eventuali approfondimenti immunoistochimici che si rendessero necessari per caratterizzare l'istotipo neoplastico. Le neoplasie saranno classificate secondo la classificazione internazionale del WHO per le neoplasie degli animali domestici. Viene inoltre attribuito un codice numerico secondo la World Health Organization's International Classification of Disease for Oncology system (ICD-O 2). L'utilizzo di questi due sistemi di classificazione consentirà il confronto dei dati con quelli di altri registri tumori animali e con quelli dei registri tumori umani, rispettivamente. Verranno inoltre individuate alcune tipologie neoplastiche ritenute di maggior interesse in quanto a incidenza nella popolazione e caratteristiche biologiche comparabili con la controparte umana, per valutare il follow up in funzione dell'istotipo e dei protocolli terapeutici.

Cronogramma:

0-24 mesi:

- Aggiornamento del censimento delle strutture veterinarie presenti sul territorio e conseguente coinvolgimento nel progetto
- raccolta, diagnosi istopatologica e registrazione della casistica
- stima della popolazione canina e felina nelle province di Venezia e Vicenza

12-24 mesi:

- acquisizione dei dati di follow-up relativi ad alcune entità patologiche selezionate

12-24 mesi:

- elaborazione dei dati di incidenza specifici per sesso, età, razza e comune/provincia di residenza dei soggetti affetti da neoplasia
- elaborazione dei dati di sopravvivenza dei soggetti in funzione della tipologia neoplastica e dei protocolli terapeutici attuati
- confronto dei dati di incidenza con quelli di altri registri tumori animali attivi nel territorio nazionale (Ivrea, Genova);
- confronto dei dati di incidenza con quelli del Registro Tumori del Veneto;
- attuazione di pubblicazioni scientifiche;
- attuazione di seminari/convegni;
- predisposizione di una relazione finale su supporto cartaceo e informatico.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | I beneficiari del progetto sono i medici veterinari ed i medici di medicina umana che lavorano in ambito oncologico, in quanto le informazioni epidemiologiche ottenute possono migliorare la conoscenza della biologia, della prognosi e delle indicazioni terapeutiche delle neoplasie spontanee riscontrate. |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Migliorare la conoscenza dei fattori di rischio individuali del cane e del gatto (sesso, razza, età) che possono predisporre all'insorgenza della patologia neoplastica.

Inoltre, le informazioni epidemiologiche ottenute possono essere utilizzate per la valutazione di fattori di rischio ambientali nelle diverse aree geografiche considerate, con ricadute in ambito di salute pubblica e di patologia comparata.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|----------------------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Definizione delle due popolazioni oggetto di studio (canina e felina) | Anagrafe canina regionale; IZSVE | Predisposizione e database | | Completamento stima popolazione canina e felina delle province di Venezia e Vicenza | | Azioni di verifica e convalida della stima attuata | |
| Strutture veterinarie aderenti al progetto | Database IZSVE; Regione | Predisposizione e database per il censimento delle strutture veterinarie e categorizzazione in base al rischio | | Identificazione delle strutture veterinarie statisticamente rappresentative nel territorio, sulla base della caratterizzazione | | Partecipazione al progetto non inferiore all'80% | |

Per Progetto 3.2.1 vedi Progetto 1.1.1 pag. 1

Per Progetto 3.2.2 vedi Progetto 1.1.2 pag. 2

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
|-------------------|---------------------------|

| | |
|---|--|
| 2) Titolo del progetto o del programma | CCM 2010 - Attivazione di un programma organizzato di prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto incidenti cardiovascolari |
|---|--|

| | |
|--|--------------|
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 3.2 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 3.2.3 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Le aree di maggior interesse terapeutico e preventivo nel post-infarto sono rappresentate, oltre che dalla terapia chirurgica coronarica e dal trattamento farmacologico successivo (con anti aggreganti piastrinici, ACE inibitori, statine, beta bloccanti ecc.), dalla riabilitazione e dagli interventi sullo stile di vita. Gli aspetti di integrazione fra assistenza territoriale e ospedaliera saranno attuati attraverso lo sviluppo di interventi di formazione congiunta del personale sanitario coinvolto (diffusione delle metodologie e di procedure evidence based) e il potenziamento della comunicazione ospedale-territorio con la creazione di gruppi di lavoro misti rappresentativi delle équipes assistenziali di primo e secondo livello. Inoltre verrà stimolata l'introduzione nei patti aziendali di specifici pacchetti di attività preventive, diagnostiche e terapeutiche comprensivi di questa attività. Verranno implementate sessioni formative specifiche per i MMG dedicate al counselling sul rischio cardiovascolare.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Il progetto di prevenzione delle recidive cardiovascolari riguarda i soggetti che hanno già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica (post infarto miocardio; post by-pass aortocoronarico; post angioplastica coronaria; cardiopatia ischemica instabile). In corso di sviluppo del progetto si valuterà l'estensione ai pazienti con scompenso cardiaco. |
|-----------------------|--|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

obiettivo di salute: OBIETTIVO GENERALE

Ridurre la mortalità e la morbosità per recidive e migliorare l'autonomia e la qualità di vita nei soggetti affetti da cardiopatia ischemica o da scompenso cardiaco

OBIETTIVI SPECIFICI

- Produrre/implementare linee guida standardizzate per gli interventi di riabilitazione (sia fisica che psicologica) e prevenzione secondaria nei soggetti che hanno già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica o da scompenso cardiaco.
- Favorire nei pazienti ricoverati per episodi di cardiopatia ischemica o di scompenso cardiaco interventi riabilitativi efficaci e integrati con le successive fasi post-dimissione.
- Ottimizzare gli interventi di assistenza e prevenzione secondaria dopo la dimissione:
- reinserimento del paziente a domicilio, implementazione di un follow-up strutturato, prevenzione delle recidive attraverso la modifica dello stile di vita e la terapia farmacologica.
- Potenziare la formazione degli operatori e la comunicazione/integrazione fra territorio ed ospedale per una gestione ottimale del paziente
- Valutare e monitorare l'intero processo.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|-------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| definiti da accordo ministeriale specifico | | n.a. | | n.a. | | n.a. | |

Per Progetto 3.2.4 vedi Progetto 2.9.3 pag. 148
Per Progetto 3.2.5 vedi Progetto 2.9.4 pag. 151
Per Progetto 3.2.6 vedi Progetto 2.9.5 pag. 154
Per Progetto 3.3.1 vedi Progetto 2.9.5 pag. 154

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Prevenzione della carenza di vitamina D negli ultrasessantacinquenni |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 3.5 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 3.5.1 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Il programma di prevenzione primaria della ipovitaminosi D si prefigge di correggere il deficit nella popolazione di età superiore a 75 anni, nella quale il problema della carenza è endemico ed il rischio di frattura di femore è particolarmente elevato. Sulla scorta di studi sperimentali pregressi e dell'esperienza pilota presso la ASL 20 della Regione del Veneto, la ricaduta socio-sanitaria sarà rappresentata da una riduzione della frequenza delle cadute accidentali e delle fratture specie di femore. La popolazione ultrasessantacinquenne della Regione Veneto interessata è circa pari a 458.60: è ipotizzabile la prevenzione di non meno di 350 fratture di femore in 2 anni con un costo per frattura evitata di circa € 200, a fronte di un costo stimato per una sola frattura di femore non inferiore a 13000 €.

I potenziali benefici nei confronti di altre patologie extrascheletriche non sono al momento prevedibili: se il ruolo della carenza di vitamina D nella epidemiologia di queste malattie fosse confermata, la correzione in prevenzione primaria della ipovitaminosi D si potrebbe rivelare come uno degli interventi di prevenzione sanitaria più proficui.

Articolazione dell'intervento

In collaborazione con i Servizi Farmaceutici Territoriali, i Distretti Sanitari, i Medici di Medicina Generale (MMG) che vorranno collaborare, gli operatori dei presidi ospedalieri e delle strutture residenziali per anziani, la vitamina D sarà offerta a:

- ultrasessantenni residenti nelle R.S.A. e Case di Riposo del territorio
- ultrasessantenni ricoverati presso i reparti ospedalieri di geriatria e/o lungodegenza, di medicina interna, di ortopedia
- coorte dei nati del 1935 nella prossima stagione antinfluenzale; gli anni successivi si aggiungeranno i nuovi ultrasessantacinquenni in modo da coprire gradualmente l'intera popolazione >75enne.

Verrà offerta ai soggetti sopraelencati la possibilità di assumere una fiala per os contenente 300.000 U di vitamina D3 al giorno x 2 giorni all'anno (600.000 U all'anno). Unico criterio di esclusione sarà il contemporaneo trattamento con altri preparati a base di vitamina D.

Procedura per la somministrazione:

- A. Sarà consegnata all'anziano o ad un suo familiare una confezione contenente 2 fiale contenenti ciascuna 300000 UI di vitamina D3. Le fiale saranno da assumersi per os, 1 al giorno per 2 giorni, preferibilmente dopo mangiato.

B. Il momento ideale della somministrazione sono i mesi autunno-invernali; in questo periodo vanno considerati anche i potenziali benefici precedentemente descritti della vitamina D nei confronti del rischio di infezioni delle prime vie aeree e dell'influenza (57,58).

C. Le circostanze possono essere diverse:

- 1) dal MMG in occasione della vaccinazione anti-influenzale, specie se praticata presso il proprio ambulatorio
- 2) in occasione di un ricovero ospedaliero, qualora la supplementazione non sia già stata praticata dal MMG
- 3) in occasione di un ricovero per frattura di femore, al fine di contribuire a prevenire recidive di fratture (Progetto Regionale specifico definito Rifrat: DRV 2897 del 29/09/2009)
- 4) nelle lungodegenze, nelle quali l'intervento supplementare può prescindere dalla stagione e può essere ulteriormente integrato.

Per identificare il soggetto che ha già assunto il bolo annuale di vitamina D ed evitare quindi sovrapposizioni si provvederà a consegnargli uno specifico tesserino.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | La popolazione ultrasettantacinquenne della Regione Veneto (circa 459.000) |
|-----------------------|--|

| 7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: | | | | | | | |
|---|-------------------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|
| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| Numero di Uss che hanno aderito al programma di offerta | | | 0 | 10 | | 18 | |

Per Progetto 3.5.2 vedi Progetto 2.9.8 pag. 160

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Progetto di prevenzione delle malattie osteoarticolari da movimenti ripetitivi e da sovraccarico biomeccanico negli ambienti di lavoro |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 3.5 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 3.5.3 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Le patologie muscolo-scheletriche da sovraccarico biomeccanico rappresentano un problema rilevante nei Paesi industrializzati tanto che l'Agencia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro ha scelto di dedicarvi la Settimana Europea nel 2000 e nel 2007.

La Commissione delle Comunità Europee nel documento di presentazione delle strategie comunitarie per la salute e sicurezza sul luogo di lavoro 2007-2012 pone l'accento su nuovi, e sempre più gravi, rischi tra i quali le patologie muscolo-scheletriche e segnala l'importanza di una migliore applicazione dei principi ergonomici per la progettazione dei luoghi di lavoro e per l'organizzazione del lavoro.

La quarta indagine sulle condizioni lavorative nell'Unione Europea condotta nel 2005 dalla Fondazione di Dublino mette in evidenza che i disturbi muscolo-scheletrici, ed in particolare il mal di schiena, sono il sintomo maggiormente accusato dai lavoratori: quasi il 25% dei lavoratori dell'UE dichiara di soffrire di mal di schiena e il 23% lamenta dolori muscolari; il 62% dei lavoratori svolge azioni ripetitive con le mani o con le braccia per almeno un quarto dell'orario di lavoro; il 46% lavora in posizioni dolorose o stancanti; il 35% trasporta o movimentata carichi pesanti.

Nel 2005, secondo dati Eurostat relativi a 12 Stati membri, oltre la metà (52,5%) delle malattie professionali riconosciute a livello europeo comprendeva patologie dell'apparato muscolo-scheletrico, ovvero tendinopatie, epicondiliti e sindrome del tunnel carpale.

A livello italiano, dal rapporto INAIL del 2008 – pubblicato nel mese di giugno 2009 – emerge che negli ultimi anni sono più che raddoppiate le segnalazioni delle patologie che colpiscono l'apparato muscolo-scheletrico: tendiniti (da 1478 casi nel 2003 ad oltre 4000 nel 2008), affezioni dei dischi intervertebrali (da 1060 a circa 3800), artrosi (da 795 a 1900) e sindrome del tunnel carpale (da 946 casi a circa 1500). Alla luce del trend crescente delle malattie da sovraccarico biomeccanico e dei cosiddetti Ctd (Cumulative trauma disorders - patologie muscolo-scheletriche) causati da movimenti ripetuti e posture incongrue o scorrette, l'INAIL sottolinea la necessità di continuare a realizzare specifiche iniziative in campo ergonomico.

Nel Veneto i dati sulle segnalazioni e denunce di malattie professionali pervenute ai Servizi SPISAL nel 2009 mettono in luce che le patologie muscolo-scheletriche si collocano al secondo posto per incidenza (769 segnalazioni) dopo le ipoacusie sul totale delle segnalazioni.

Il progetto si propone di ridurre le patologie osteoarticolari da movimenti ripetitivi e da sovraccarico biomeccanico negli ambienti di lavoro contribuendo a prevenirle attraverso l'applicazione dei principi ergonomici nell'«organizzazione del lavoro, nella concezione dei posti di lavoro, nella scelta delle attrezzature e nella definizione dei metodi di lavoro e produzione» di cui all'art. 15 comma 1 lett. d) del D.Lgs. 81/08 anche in vista dell'elaborazione (prevista entro il 31.12.2010) di «procedure standardizzate di effettuazione della valutazione dei rischi di cui all'art. 29, comma 5, tenendo conto dei profili di rischio e degli indici infortunistici di settore» (art. 6 comma 8 lett. f). Gli ambiti di intervento nel quale il progetto si articola sono principalmente tre:

- a) monitoraggio del livello di attivazione dei Servizi di Prevenzione regionali rispetto ai rischi disergonomici, cui sono legate le suddette patologie, ed in particolare relativamente alle inchieste di malattia professionale da rischi disergonomici, alla valutazione dei rischi ergonomici da parte delle aziende, alla valutazione diretta dei rischi nelle aziende da parte dei Servizi, alle iniziative di informazione, formazione ed assistenza sulle tematiche ergonomiche ed alla valutazione ergonomica dei nuovi insediamenti produttivi;
- b) definizione del profilo di rischio ergonomico, attraverso interventi sperimentali e di ricerca, in alcuni comparti produttivi del Veneto (edilizia, agricoltura, selezione dei rifiuti, ...) con l'obiettivo di mettere a punto strumenti semplificati di analisi e di proporre buone prassi di facile comprensione ed applicazione per le aziende;
- c) formazione degli operatori dei Servizi di Prevenzione delle aziende sanitarie pubbliche della Regione e di altri soggetti della prevenzione (medici competenti, RLS, RSPP, ...) relative alle suddette patologie e ai metodi di analisi del rischio di natura ergonomica.

Le attività previste dal progetto sono portate avanti dal gruppo di lavoro del Programma Regionale per l'Ergonomia Occupazionale composto in prevalenza da operatori dei Servizi SPISAL del Veneto. Ciò rappresenta, al tempo stesso, un punto di forza ma anche una criticità nel senso che l'apporto personale può variare in relazione ai carichi di lavoro all'interno del proprio Servizio.

| | |
|-----------------------|---|
| 6) Beneficiari | Lavoratori, datori di lavoro, operatori dei Servizi di Prevenzione della Regione Veneto, attori del sistema della prevenzione (medici competenti, RLS, RSPP, ...) |
|-----------------------|---|

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:
 Riduzione delle patologie osteoarticolari, in particolare quelle legate ai movimenti ripetitivi e al sovraccarico biomeccanico, negli ambienti di lavoro.

a) Monitoraggio pratiche ergonomiche

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|--|--|--|---|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| a1) Monitoraggio delle pratiche ergonomiche attivate nei Servizi tramite invio schede ai Servizi della Regione | Schede di analisi | | Invio della scheda di per gli anni 2009 e 2010 monitoraggio a tutti i Servizi entro 31.12.2010 | Invio della scheda di monitoraggio o per l'anno 2011 a tutti i Servizi entro 31.12.2011 | | Invio della scheda di monitoraggio o per l'anno 2012 a tutti i Servizi entro 31.12.2012 | |
| a2) Misura del cambiamento rispetto agli anni precedenti in termini di: n. di inchieste di MP effettuate, n. di Servizi che hanno effettuato le inchieste, n. di aziende analizzate in relazione ai rischi ergonomici, n. di valutazioni del rischio effettuate dai Servizi, n. di interventi di informazione, formazione ed assistenza realizzati dai Servizi | Reportistica prodotta e documentazione dei Servizi (inchieste, valutazioni, ...) | | | Elaborazione dei dati e messa a punto del report 2009-2010 entro 31.12.2011 Atteso incremento complessivo del 10% rispetto al biennio precedente | | Elaborazione dei dati e messa a punto del report 2011 entro 31.12.2012 Atteso incremento complessivo del 10% rispetto alla media del biennio precedente | |

b) Profilo di rischio ergonomico

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|---|---|--|---|--|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| b1) Individuazione dei comparti da analizzare | Documento formale di individuazione | | Almeno 3 comparti | Almeno 4 | | Almeno 5 | |
| b2) Individuazione delle aziende per comparto dove previsto | Documento formale di individuazione | | Almeno 2 aziende per comparto | Almeno 4 | | Almeno 5 | |
| b3) Realizzazione degli interventi | Dati raccolti | | | In almeno l'80% delle aziende individuate | | Fine degli interventi | |
| b4) Reportistica | Reportistica prodotta | Stato di avanzamento | | Stato di avanzamento | | Produzione di un report finale per ciascun comparto | |
| b5) Strumenti semplificati di analisi | Strumenti prodotti | | | | | Almeno uno strumento per ogni comparto | |
| b6) Buone prassi individuate | Reportistica prodotta | | | | | Almeno una buona prassi per ogni comparto | |
| b7) Misura del cambiamento in termini di segnalazioni di MP da rischi ergonomici ai Servizi nei comparti dove sono stati effettuati gli interventi | Segnalazioni di MP pervenute ai Servizi | | Incremento di almeno il 5% delle segnalazioni di MP pervenute ai Servizi rispetto al biennio precedente | Incremento di almeno l'8% delle segnalazioni di MP pervenute ai Servizi rispetto al biennio precedente | | Incremento di almeno il 10% delle segnalazioni di MP pervenute ai Servizi rispetto al biennio precedente | |

c) Formazione

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 | | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012 | |
|--|--------------------------|---|-----------|---|-----------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO | ATTESO | OSSERVATO |
| c1a) Realizzazione corso di aggiornamento per operatori SPISAL sulla valutazione e gestione del rischio da sovraccarico biomeccanico | Delibera e report finale | Realizzazione entro il 31.12.2010 | | | | | |
| c1b) Livello di partecipazione al corso | Report finale | Partecipazione di almeno il 90% dei Servizi | | | | | |
| c2) Progettazione corso per medici del lavoro degli SPISAL sul governo della schiena | Documento formale | Progettazione entro il 31.12.2010 | | | | | |
| c3a) Realizzazione corso per medici del lavoro degli SPISAL sul governo della schiena | Delibera e report finale | | | Realizzazione entro il 31.12.2011 | | | |
| C3b) Livello di partecipazione al corso | Report finale | | | Partecipazione di almeno il 90% dei Servizi | | | |
| c4) Realizzazione corso per almeno 40 medici competenti del Veneto sul governo della schiena | Delibera e report finale | | | Realizzazione entro il 31.12.2011 | | | |
| c5a) Realizzazione corso per operatori SPISAL sui metodi di approccio "rapido" alle tematiche ergonomiche nelle attività ispettive | Delibera e report finale | | | Realizzazione entro il 31.12.2011 | | | |
| c5b) Livello di partecipazione al corso | Report finale | | | Partecipazione di almeno il 90% dei Servizi | | | |
| c6) Realizzazione Corso per almeno 40 medici competenti del Veneto su "Profili di rischio ergonomico nei principali comparti produttivi del Veneto" | Delibera e report finale | | | | | Realizzazione entro il 31.12.2012 | |

| | |
|---|-----------------------------------|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Riconoscere la depressione |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 3.7 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 3.7.1 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

ASPETTI GENERALI

E' noto che una parte rilevante della popolazione che si rivolge agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale presenta problemi di varia entità di natura psicopatologica.

E' noto come gran parte di questa patologia sia attribuibile ai disturbi sottosoglia ed ai cosiddetti "disturbi mentali comuni".

Goldberg, (Inghilterra 1970) faceva riferimento ad almeno il 25 % degli assistiti del MMG, il cosiddetto ECA Program (USA 1993) porta il dato a un 25 – 35% della popolazione ed uno studio OMS (Sartorius 1995) sottolinea come il 25% rientri nei cosiddetti DMC, il 9% nei Disturbi sottosoglia ed almeno il 50% abbia presentato almeno 1 sintomo meritevole di attenzione in ambito psicopatologico nell'anno.

Fra i Disturbi psichici più frequentemente rappresentati nell'ambulatorio del MMG vengono riportati:

- Disturbi dell'umore
- Disturbi d'ansia
- Disturbi del comportamento alimentare
- Disturbi legati ad abuso di alcool
- Disturbi somatoformi

La maggior parte dei pazienti con disturbi psichici conclamati si presenta al MMG lamentando disturbi somatici. I pazienti con disturbi psichici rispetto a quelli con disturbi solo organici mostrano una più alta disabilità occupazionale, sociale e delle attività quotidiane.

Nell'ambito dei disturbi sottosoglia, disturbi che non raggiungono quantitativamente e qualitativamente la soglia per una diagnosi formale, va ricordato che non tutti i disagi psichici equivalgono a diagnosi psichiatriche e che una diagnosi psichiatrica richiede criteri rigorosi, non sempre disponibili per il non specialista.

Al di là del fatto di essere sottosoglia, questi disturbi implicano comunque:

- Alta sofferenza psichica
- Disabilità
- Bassa qualità della vita
- Uso eccessivo dei servizi sanitari (visite ambulatoriali e specialistiche > rispetto a malattie organiche)
- Difficoltà di una risposta appropriata, che si traduce in una scarsa assistenza effettiva.

Si tratta di situazioni per le quali non vi è uniformità di indirizzo gestionale, ma in cui l'orientamento prevalente indica la opportunità di un supporto specialistico ad una gestione comunque affidata al MMG. Nell'ambito del supporto, gli elementi di formazione sul campo e sportello o linea dedicata, sono in genere gli interventi consigliati.

Solo una percentuale che varia fra 1 e 2% della popolazione viene inviata dal MMG valutata dallo psichiatra nei Servizi di Salute Mentale.

Da uno studio effettuato a Verona (Arrighini, Agostini Wilkinson, Verona 1992) su 92 MMG emerge che dopo diagnosi di Disturbo psichico l'invio ai servizi psichiatrici ha riguardato il 21% delle donne ed il 23% uomini, privilegiando il servizio pubblico in una percentuale che varia dal 50% al 70% e con un frequenza rispetto alla utenza totale del giorno del 7,3%.

E' altresì noto che esistono variabili non significative circa l'invio:

- Quelle relative al MMG sono l'Area di ubicazione ambulatorio, la età del medico ed il n° dei pazienti in carico
- Quelle relative al paziente paradossalmente riguardano i problemi psicologici riferiti

Infatti le variabili significative sono, per negativo, la associazione con una diagnosi di malattia organica; per positivo la presenza di precedenti psichiatrici, di problemi sociali e di quello che viene ritenuto dal MMG un disturbo emotivo.

Altri studi hanno sottolineato come l'invio allo specialista più che a problemi clinici si correla al desiderio del MMG di delegare la responsabilità in casi che sembrano esulare dall'ambito abituale di gestione del medico.

Questi elementi spiegano il dato sottolineato dalla letteratura esistente, relativo alla fragile appropriatezza dell'invio in una parte rilevante dei casi.

ANALISI DEL CONTESTO:

Il tentativo di migliorare la appropriatezza di invio e una più soddisfacente gestione dei disturbi sottosoglia e dei disturbi mentali comuni, ha rappresentato l'oggetto di molti modelli e molti studi. Questo ha permesso di individuare tre grandi ambiti:

a) Modelli non efficaci:

Sono i modelli formativi tradizionali che, sul piano metodologico, si basano su un rapporto docente-discenti di stampo più che tradizionale e sulla credenza che abbia un valore didattico la trasmissione di informazioni a gruppi numerosi di professionisti dei quali si vogliono ignorare i reali bisogni formativi e ai quali vengono esclusivamente chieste capacità di ascolto e passività

Si tratta di conferenze, lezioni frontali, incontri con l'esperto, distribuzione di linee guida che si propongono la finalità di "insegnare" soprattutto argomenti di ordine clinico, diagnostico, farmacologico. (Von Korff & Goldberg, BMJ 2001)

b) Modelli potenzialmente efficaci:

Si tratta di modelli non sottoposti a specifici studi di efficacia, ma che hanno mostrato risultati non trascurabili soprattutto (ma non solo) rispetto a una migliore organizzazione del circuito di cura (Jackson et al., 1993; Warner et al., 1993; Thomas & Corney, 1993).

Questi modelli hanno mostrato di poter ottenere:

- una più selezionata e ridotta utilizzazione dei Servizi specialistici da parte dei pazienti
- una minore difficoltà dei Medici a trattare i pazienti psichiatrici
 - quindi una aumentata disponibilità ad assumersi questo compito
 - una maggiore soddisfazione nel farlo
- una diminuzione delle emergenze psichiatriche

La loro strategia operativa mira a migliorare:

- l'interfaccia organizzativa fra i due servizi (in particolare per quanto attiene l'accessibilità)
- la comunicazione fra i professionisti

Lo strumento attraverso cui operano è:

- la semplificazione dei percorsi di accesso al Servizio specialistico
- l'accurata restituzione di informazioni sui pazienti da parte degli psichiatri

b) Modelli sicuramente efficaci:

Sono quelli che mirano a fornire direttamente "skills" comunicativi per migliorare le capacità di intervista al paziente, basandosi su un approccio problem-oriented piuttosto che centrato sulla diagnosi. (Goldberg ed il suo gruppo)

- In un modello, la metodologia (Gask et al., 1997; Simon et al., 2000; Tansella, 2003) si basa sulla presentazione di casi clinici videoregistrati che
 - permette una discussione di gruppo
 - fornisce un feedback sul proprio modo di porsi nel colloquio consentendo di modificarlo
- In un altro modello (Gask et al., 1997; Simon et al., 2000; Tansella, 2003) si opera attraverso la organizzazione di articolate attività di consulenza e liaison svolte dagli psichiatri (sul paziente ma anche direttamente al MMG) che prevedono
 - differenziate forme di supporto da parte dello psichiatra ai MMG nello svolgimento della loro attività (consulenza sul paziente, consulenza telefonica ecc.)
 - altre iniziative direttamente rivolte ai MMG (discussione di casi, follow up sui pazienti, supervisioni)

L'aspetto centrale di questo modello è rappresentato dall'offerta al MMG di una collaborazione ricca e sistematica attraverso, in particolare, un ruolo di supervisione e di case management svolto dallo psichiatra. E' interessante notare che in situazioni ove non siano attive modalità potenzialmente efficaci o efficaci di collaborazione con il MMG, la appropriatezza (Magnavita, Calogiuri & Angelozzi 2006) di invio riguarda solo il 33%, mentre in caso contrario (Filippo, Magnavita 2005) la appropriatezza passa al 65% con certo una maggiore necessità di prestazioni, ma una minore necessità di ricovero e nessun TSO.

MODELLO LOGICO

Alla luce di quanto detto, al fine di razionalizzare la gestione delle situazioni pertinenza psichiatria, appare essenziale un corretto rapporto con i MMG, che valorizzi adeguati modelli di collaborazione.

A questo scopo la Regione può farsi promotrice di un gruppo di lavoro che definisca:

- situazione attuale delle collaborazioni in atto nella realtà regionale fra Servizi Psichiatrici e MMG
- analisi dei modelli esistenti e indicazione di linee guida regionali relative al rapporto fra MMG e Servizi. La importanza di consolidare e sviluppare in forma ottimale tale rapporto appare anche nel recente Progetto Obiettivo sulla Salute Mentale della Regione Veneto (DRG 651/2010).
- indicazione delle modalità con cui monitorare la applicazione delle linee guida e la verifica dei risultati raggiunti.

Il primo passo appare la costituzione di un gruppo di lavoro che comprenda:

- Una rappresentanza dei Direttori di DSM
- Una rappresentanza dei Direttori di Distretto
- Rappresentanti delle associazioni scientifiche coinvolte
- Rappresentanti dei MMG
- Rappresentanti delle Direzioni Strategiche delle Az.Ulls
- Rappresentanti delle Università.

| | |
|-----------------------|----------------------|
| 6) Beneficiari | Popolazione generale |
|-----------------------|----------------------|

| | |
|--|---|
| 1) Regione | REGIONE del VENETO |
| 2) Titolo del progetto o del programma | Prevenzione secondaria nei disturbi del comportamento alimentare |
| 3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1 | 3.7 |
| 4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale | 3.7.2 |

5) Breve descrizione dell'intervento programmato

CONTENUTO DEL PROGETTO:

Aspetti generali:

I DCA sono, tra i disturbi psichiatrici, i disturbi con la maggiore mortalità e sono considerati tra le prime 10 cause di disabilità nelle giovani donne a causa dell'alta presenza di complicanze mediche e psichiatriche e dell'andamento cronico. Un trattamento specifico iniziato precocemente è in grado di migliorare la prognosi del disturbo e ridurre morbilità e mortalità.

Beneficiari dell'intervento sono tutti i soggetti che sviluppano o hanno sviluppato un disturbo del comportamento alimentare (DCA) di rilevanza clinica e che non sono conosciuti nei Centri Specialistici per il Trattamento dei DCA.

Gli attori dell'intervento sono i centri che partecipano alla rete di servizi per la diagnosi e cura dei DCA nella Regione Veneto. La Regione Veneto già nel 1999 ha emanato un "Atto di indirizzo e coordinamento per l'avvio sperimentale di un sistema di interventi in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare" che, tra le altre cose, prevedeva l'organizzazione di una rete di servizi per la diagnosi e cura dei DCA attraverso l'attivazione in ogni provincia di un Centro di Riferimento Provinciale per i DCA (CPD). Da allora, sono stati approvati i Centri provinciali di Portogruaro (2001), Vicenza (2003), Treviso (2005) e i Centri Regionali di Padova (2005) e Verona (2005). I coordinatori dei Centri provinciali e regionali si riuniscono in un gruppo di lavoro coordinato dal Servizio Regionale per la Tutela della Salute Mentale che ha iniziato a monitorare le attività cliniche, coordinare gli interventi e le valutazioni e promuovere interventi di formazione.

La presenza nel territorio di ambulatori specialistici dedicati ai DCA consente il raggiungimento di alcuni importanti obiettivi, tra i quali soprattutto l'offerta di trattamenti ambulatoriali (che sono i più indicati nella maggior parte dei pazienti con DCA) e il contatto con il territorio, con i Consultori, le Scuole e con i medici di medicina generale, allo scopo di raggiungere la maggior percentuale possibile dei soggetti malati presenti nella popolazione.

Analisi di contesto

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono disturbi ad eziologia complessa, con importanti manifestazioni psicopatologiche, con frequenti e gravi complicazioni mediche e alti livelli di cronicità. Sono i disturbi psichiatrici in cui è maggiormente necessaria una collaborazione tra psichiatra e internista. L'anorexia nervosa è il disturbo psichiatrico con i maggiori indici di mortalità. La cura psichiatrica costituisce il fondamento del trattamento di ogni paziente con DCA e deve essere effettuata in combinazione con altre specifiche modalità di cura (APA, 2007). Le caratteristiche cliniche di questi disturbi richiedono, per l'implementazione di trattamenti efficaci, non solo il coinvolgimento di diverse figure terapeutiche e diverse discipline, ma lo sviluppo di specifiche competenze e l'acquisizione di una stabile capacità di condividere un

progetto terapeutico e di lavorare in modo integrato. Una importante causa di cronicizzazione nei DCA è l'inizio tardivo della terapia dovuto al mancato riconoscimento della malattia o alla negazione della malattia da parte del paziente stesso. Per questo motivo uno degli obiettivi fondamentali della rete dei servizi deve essere la prevenzione secondaria, che ha lo scopo sia di raggiungere il più alto numero possibile dei malati presenti nella popolazione, sia di ridurre i tempi tra esordio di malattia ed inizio di un trattamento.

Studi recenti effettuati attraverso il Registro dei casi di Padova (registro che raccoglie tutti i casi che si sono presentati al Centro per i DCA di Padova dal 1985 ad oggi) e studi internazionali hanno riscontrato una incidenza per anoressia nervosa (AN) di 50-100 casi all'anno per 100.000 abitanti nelle donne tra i 12 e i 28 anni di età e di 150-300 casi all'anno per 100.000 abitanti nella fascia di età maggiormente a rischio, ossia tra i 15 e i 19 anni. Per quanto riguarda la bulimia nervosa (BN) gli studi trovano una incidenza di oltre 100 casi all'anno per 100.000 abitanti nelle donne tra i 12 e i 28 anni di età e di oltre 300 casi all'anno per 100.000 abitanti nella fascia di età maggiormente a rischio, ossia tra i 15 e i 19 anni. Nessuno studio ha finora stimato l'incidenza dei disturbi alimentari non altrimenti specificati (NAS), disturbi che pur non presentando le caratteristiche diagnostiche di AN e BN, si presentano con quadri di gravità simile e richiedono un trattamento specifico. Si stima che l'incidenza di casi con disturbo NAS sia almeno il triplo di quella stimata per AN o BN. Considerando che la Regione Veneto ha una popolazione di sesso femminile di età compresa tra i 12 e i 28 anni di circa 390.000 persone, il numero di nuovi casi all'anno di disturbi del comportamento alimentare è di circa 2.000 per il sesso femminile (minore, ma non trascurabile in termini di gravità clinica, è l'incidenza di casi nel sesso maschile).

E' stato stimato che almeno il 50% dei nuovi casi di AN e oltre il 60-70% dei casi di BN o disturbo alimentare NAS non chiede un trattamento specialistico. Questo succede per diversi ordini di motivi: 1) i disturbi alimentari sono caratterizzati da scarsa consapevolezza di malattia e resistenza nell'intraprendere un trattamento; 2) in molti casi al disturbo alimentare sono associati sintomi depressivi che possono indurre le pazienti a vergognarsi di parlare del loro disturbo o a pensare di non essere in grado di farsi aiutare; 3) l'ambiente sociale (famiglia, scuola, lavoro) non si accorge o non affronta il problema, facilitando la tendenza di queste pazienti a negare il problema; 4) i medici di medicina generale o i medici specialisti (ginecologi, pediatri, endocrinologi, medici dello sport) non riconoscono il problema o non inviano nei centri specializzati dedicati ai DCA.

Analizzando le caratteristiche delle persone che affluiscono ai Centri per i DCA si osserva una durata media di malattia di circa 1-2 anni per l'AN e di circa 4 anni per la BN. Questo significa che molto deve ancora essere fatto per migliorare la capacità dei centri per i DCA di raggiungere il più alto numero possibile di casi senza lasciare passare troppo tempo tra esordio e inizio del trattamento. La brevità di questo lasso di tempo è infatti un importante fattore prognostico e riduce i tassi di cronicizzazione.

Modello e quadro logico

L'intervento si propone di migliorare e mantenere aggiornate le conoscenze dei medici di medicina generale, degli operatori dei consultori, degli operatori dei servizi di psicologia scolastica e di altri medici specialistici (soprattutto ginecologi e pediatri) allo scopo di facilitare il riconoscimento precoce dei casi di DCA tra i loro utenti. Si propone inoltre di costituire una rete stabile di comunicazione con i medici di medicina generale, i consultori, i servizi di psicologia scolastica e le associazioni dei familiari, allo scopo di fornire adeguate informazioni, consigli e modalità di intervento e di invio nei casi di DCA ad esordio recente. Ogni Centro Regionale e Provinciale per i DCA organizza al suo interno uno sportello di consultazione dedicato a queste figure che possono quindi esporre casi su cui hanno dei dubbi o sviluppare e coordinare interventi che definiscano e si concretizzino nella presa in carico dei casi che necessitano un trattamento.

| | |
|-----------------------|--|
| 6) Beneficiari | Popolazione generale Stima di 50-100 casi all'anno per 100.000 abitanti nelle donne tra i 12 e i 28 anni di età e di 150-300 casi all'anno per 100.000 abitanti nella fascia di età maggiormente a rischio, ossia tra i 15 e i 19 anni |
|-----------------------|--|

Per Progetto 4.1.1 vedi Progetto 2.9.8 pag. 160

Per Progetto 4.2.1 vedi Progetto 2.3.1 pag. 52