



Regione Campania – Assessorato alla Sanità

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

II Parte

In attuazione dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, art.4 comma 1, lett.e)

Regione Campania

TITOLO DEL PROGETTO

Infortunati Domestici: interventi per la prevenzione, la sorveglianza e l'implementazione del sistema informativo.

REFERENTE ISTITUZIONALE

Dott. **Antonio Gambacorta**, Dirigente Settore Assistenza Sanitaria.

Centro Direzionale di Napoli Is. C/3 – 80143.

a.gambacorta@regione.campania.it

REFERENTE ORGANIZZATIVO/VALUTATIVO DEL PROGETTO

Dott. **Renato Pizzuti**, Dirigente Settore Assistenza Ospedaliera.

Centro Direzionale di Napoli Is. C/3 – 80143.

r.pizzuti@regione.campania.it

REFERENTE PIANO DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DEL PROGETTO

Dott. **Gaetano Sicuranza**, Direttore della Struttura Operativa “Formazione e Aggiornamento Professionale” dell’Agenzia Regionale Sanitaria della Campania.

gaetanosicuranza@arsan.campania.it

DURATA DEL PROGETTO

La durata del progetto prevista è biennale.

SISTEMA INFORMATIVO SUGLI INFORTUNI IN CIVILE ABITAZIONE

INTRODUZIONE

Gli infortuni domestici (I.D.) costituiscono, nei paesi industrializzati, un fenomeno di notevole interesse per la sanità pubblica sia per la mortalità che per la morbosità che da essi derivano.

Questo problema ha ricevuto negli ultimi anni un'attenzione sempre maggiore per quello che riguarda le politiche socio sanitarie; in numerosi paesi industrializzati del mondo e, più recentemente, nella stesa Unione Europea sono stati attivati diversi progetti di ricerca e iniziative di sorveglianza epidemiologica e di prevenzione del fenomeno. Questo crescente interesse è giustificato dai costi che da questi eventi derivano sia in termini di vite umane, di ricoveri, di invalidità, sia di impegno di notevolissime risorse economiche.

Anche nel nostro paese il fenomeno è particolarmente rilevante, ma, a tutt'oggi, disponiamo di dati ancora frammentari e notevolmente incompleti. Per questo motivo la Legge 493 del 3.12.99 all'art. 4, ha disposto la costituzione presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) di un Sistema Informativo sugli Infortuni negli Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA) ai fini del monitoraggio del fenomeno e di valutazione dell'efficacia delle misure di prevenzione. Tale Sistema è basato sui dati rilevati dagli Osservatori Epidemiologici Regionali in collaborazione con le AA.SS.LL.

A tal fine, la Regione Campania ha partecipato attivamente attraverso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale all'attuazione di detto Sistema presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Sono stati, inoltre, interessati i Servizi e Epidemiologia e Prevenzione, afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL.

In una prima fase si è evidenziata la necessità della raccolta dei dati relativi agli accessi in Pronto Soccorso quale fonte principale di rilevazione di quegli infortuni che abbiano determinato conseguenze sanitarie di apprezzabile rilievo evidenziando in particolare le modalità di accadimento dell'incidente stesso.

Per una esaustiva rilevazione del dato è apparsa indispensabile l'informatizzazione dei Pronto Soccorso sulla base di un tracciato record condiviso ed omogeneo per tutto il territorio nazionale predisposto dall'ISS.

La Regione Campania ha ritenuto di attuare in via sperimentale l'attivazione del Sistema Informativo sugli Infortuni in Ambiente di Civile Abitazione presso i Pronto Soccorsi delle Aziende Ospedaliere "Cardarelli" di Napoli, "Santobono" di Napoli, "Rummo" di Benevento, "G. Moscati" di Avellino, individuati sulla base del livello di informatizzazione, la tipologia e la numerosità della

popolazione assistita e che hanno aderito alla sperimentazione stessa, destinando a tale scopo i fondi acquisiti dal Ministero.

Gli incidenti domestici

Gli incidenti che avvengono in ambito domestico costituiscono un'importante causa di invalidità e mortalità.

Le informazioni disponibili sono poche e lacunose e per la stima del fenomeno si ricorre perlopiù ad indagini di tipo campionario.

Nell'ambito dell'indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", l'ISTAT ha raccolto una serie di informazioni su questa tipologia di eventi. Tale rilevazione ha potuto stimare in Italia per l'anno 1999 nei tre mesi precedenti all'indagine, 918.000 infortuni, che hanno coinvolto 762.000 persone. Se i dati rilevati vengono estesi all'intero anno, risultano 3.672.000 incidenti domestici nei quali sono rimaste vittime 3.480.0000 persone (il 53 per mille della popolazione).

Il fenomeno si differenzia nettamente nei due sessi, sia per rilevanza che per tipologia degli eventi; ciò è imputabile ai diversi ruoli svolti nell'ambito della famiglia, dal periodo di tempo trascorso in casa, dall'età e dalla numerosità del nucleo familiare. Il 79% degli incidenti rilevati dall'indagine ha, infatti, interessato le donne, che presentano i quozienti di infortunio più alti in tutte le classi di età (in totale risultano coinvolte il 20 per mille delle donne contro il 6 per mille degli uomini). Anche gli anziani ed i bambini costituiscono fasce di popolazione particolarmente vulnerabili: i bambini di età inferiore ai 5 anni presentano quozienti alti che si attestano intorno al 12 per 1.000 per i maschi e 13 per 1.000 per le femmine; gli anziani (maggiori di 65 anni) presentano quozienti che si attestano intorno al 9 per mille per gli uomini e al 27 per mille nelle donne. Se si guarda anche alla condizione professionale risalta la situazione delle casalinghe che risultano, come era facile attendersi, particolarmente colpite con quozienti di circa il 31 per mille.

Le cause più frequenti di infortunio sono le cadute e l'utilizzo di utensili da cucina. Le ferite sono le conseguenze più frequenti degli incidenti domestici. L'ambiente in cui avvengono il maggior numero di incidenti è la cucina.

In Campania si sono stimati nell'anno 1999, 75.000 incidenti domestici, in cui sono rimaste coinvolte 53.000 persone (il 9 per mille della popolazione campana: il 13 per mille delle donne ed il 6 per mille degli uomini).

Attraverso i dati di mortalità per causa è possibile stimare gli incidenti domestici con esito mortale avvenuti in regione Campania per le fasce di età 0-14 e 65 e più, escludendo le fasce di età adulta (15-64 anni) per le quali la stima è imprecisa a causa dell'alta prevalenza degli infortuni sul lavoro. Le cause di mortalità riferibili ad incidenti domestici sono desumibili sottraendo dalle cause esterne

di tipo accidentale gli incidenti da trasporto e le morti violente da omicidio e suicidio. Le morti di bambini attribuibili a incidente domestico negli anni 1998-2001 sono state 81, il tasso di mortalità è risultato pari al 2,5 per 100.000 nei maschi e 1,1 per 100.000 nelle femmine. Le persone con più di 64 anni decedute per cause attribuibili ad incidente in ambito domestico sono risultate pari a 3.105, con un tasso di mortalità pari al 83,24 per 100.000 nei maschi e al 111,18 per 100.000 nelle femmine. La distribuzione di tale tasso nelle diverse aree geografiche subregionali (Provincia e ASL) mostra per i maschi degli eccessi di mortalità, rispetto alla media regionale, nella provincia di Benevento e nella rispettiva ASL (109 per 100.000) e nella ASL Avellino 1(105 per 100.000). Per le donne anziane eccessi di mortalità si registrano nelle province di Salerno e Napoli (rispettivamente 114 e 112 per 100.000) e nelle ASL Caserta 2, Salerno 1 e Napoli 1 (con valori rispettivamente pari a 130, 128 e 127 per 100.000).

Persone che negli ultimi tre mesi hanno subito incidenti in ambiente domestico. Anno 1999 (dati in migliaia)

	Totale	Quozienti per 1.000 persone	N. incidenti	Media per infortunato
Campania	53	9,2	75	1,4
Italia	762	13,3	918	1,2

Fonte: ISTAT – Indagine Multiscopo ISTAT

Persone che hanno subito incidenti negli ultimi 3 mesi in ambiente domestico per sesso e classe di età. Anno 1999

CLASSI DI ETÀ	M			F		
	Totale	Quozienti per 1.000 persone	N. Incidenti	Totale	Quozienti per 1.000 persone	N. Incidenti
0-5	20	12,3	24	21	13,2	24
6-14	17	6,6	19	13	5,1	13
15-24	12	3,3	13	26	7,7	26
25-34	19	4,3	19	71	16,1	84
35-44	29	6,4	35	123	28,4	150
45-54	19	5,1	22	105	27,4	142
55-64	21	6,3	22	73	21,1	104
65-69	15	10,8	16	45	26,4	53
70-74	9	7	9	36	23,4	38
75-79	7	8,5	7	34	24,8	44
80 e più	6	9,4	8	42	32,6	48
Totale	173	6,2	192	589	20,1	727

Fonte: ISTAT – Indagine Multiscopo ISTAT

Persone che hanno subito incidenti negli ultimi 3 mesi in ambiente domestico per condizione professionale e sesso (quozienti per 1.000 persone). Anno 1999

CONDIZIONE PROF.	Donne	Uomini
casalinghe	30,9	-
Occupati/e	17,3	4,4
Altra condizione	15,2	7,9

Fonte: ISTAT – Indagine Multiscopo ISTAT

Le cause più frequenti. Anno 1999 (per 100 incidenti)

Uomini		Donne	
Cadute	33,2	Utensili o attività di cucina	36,7
Utensili o attività di cucina	20,4	Cadute	27
Fai da te	10,2	Fai da te	1,4

Fonte: ISTAT – Indagine Multiscopo ISTAT

Le attività più a rischio. Anno 1999 (per 100 incidenti)

Uomini		Donne	
Riparazioni, fai da te, bricolage	22,2	Lavori domestici	63,9
Nessuna particolare attività	20,6	Nessuna particolare attività	11,8
Lavori domestici	18,5	Cure personali	8,7
Gioco, passatempi del tempo libero	16,7	Altre attività	6,9
Cure personali	12,1	Gioco, passatempi del tempo libero	5,6
Altre attività	9,6	Riparazioni, fai da te, bricolage	0,9

Fonte: ISTAT – Indagine Multiscopo ISTAT

Gli ambienti domestici più a rischio. Anno 1999 (per 100 incidenti)

Uomini		Donne	
Cucina	31,1	Cucina	58,1
Balcone, terrazzo, giardino	14,5	Soggiorno, salone	8,2
Cantina, garage, altro ambient	13,6	Camera da letto, cameretta	6,7
Soggiorno, salone	11,7	Scale interne all'abitazione	5,6
Bagno	9,3	Balcone, terrazzo, giardino	5,5
Camera da letto, cameretta	6,3	Bagno	4,2
Scale interne all'abitazione	4,9	Scale esterne all'abitazione	3,7
Scale esterne all'abitazione	4,9	Corridoio, ingresso	3,7
Corridoio, ingresso	3,3	Cantina, garage, altro ambiente	2,6

Fonte: ISTAT – Indagine Multiscopo ISTAT

Le lesioni più frequenti. Anno 1999 (per 100 incidenti)

Uomini		Donne	
Ferita	52,9	Ferita	40
Altra lesione	26,5	Ustione	30,1
Frattura	13,4	Altra lesione	23,5
Ustione	10	Frattura	12,8

Fonte: ISTAT – Indagine Multiscopo ISTAT

**Stima dei decessi attribuibili ad incidente domestico negli anni 1998-2001 per
ASL e provincia di residenza.**

Zona geografica	Maschi		Femmine	
	Osservati	Tasso Grezzo (per 100.000)	Osservati	Tasso Grezzo (per 100.000)
ASL AVELLINO 1	68	104,88	81	95,20
ASL AVELLINO 2	54	76,06	119	120,17
ASL BENEVENTO	104	109,22	137	103,71
ASL CASERTA 1	68	74,90	115	89,60
ASL CASERTA 2	52	60,57	161	130,11
ASL NAPOLI 1	178	77,50	474	126,87
ASL NAPOLI 2	66	88,65	115	110,36
ASL NAPOLI 3	52	97,90	73	92,93
ASL NAPOLI 4	72	81,42	135	106,38
ASL NAPOLI 5	98	73,95	184	95,98
ASL SALERNO 1	67	85,95	144	128,11
ASL SALERNO 2	89	75,85	178	109,24
ASL SALERNO 3	93	99,47	128	106,83
Provincia di Avellino	122	89,82	200	108,63
Provincia di Benevento	104	109,22	137	103,71
Provincia di Caserta	120	67,93	276	109,49
Provincia di Napoli	466	80,59	981	112,12
Provincia di Salerno	249	86,22	450	113,88
Campania	1061	83,24	2044	111,18

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

SORVEGLIANZA

Definizione degli obiettivi:

1. Istituzione di un Sistema Informativo presso le strutture di Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliere della Regione Campania; tale Sistema verrà progressivamente esteso ai Presidi Ospedalieri della Regione dotati di Pronto Soccorso parallelamente all'informazione degli stessi. Gli obiettivi generali di tale sistema sono:
 - Descrivere, in modo omogeneo a livello regionale, le attività di PS al fine di valutare l'assistenza prestata alla popolazione e le modalità della sua erogazione;
 - Raccogliere informazioni utili sia a valutare lo stato di salute della popolazione che alla programmazione sanitaria sia a livello aziendale che a livello regionale e nazionale;
 - acquisire informazioni utili alle Aziende per la gestione dei Servizi di PS
2. Istituzione presso l'O.E.R. il coordinamento della banca-dati delle prestazioni di P.S. che consenta di descrivere, in modo omogeneo a livello regionale, tali attività, in particolare per quelle relative agli incidenti domestici, anche al fine di programmare gli interventi di prevenzione.
3. Integrazione delle informazioni derivanti dalle prestazioni di P.S. con quelle di pertinenza di altri sistemi informativi correnti (SDO, registri di mortalità).
4. attuazione di indagini ad hoc affidate ai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione di approfondimento e verifica sui casi residenti per l'ottenimento di informazioni complementari ed indicazioni di qualità sui dati raccolti routinariamente anche in collaborazione con i MMG e i PdLS.
5. Formazione ed educazione permanente per tutto il personale coinvolto nella rilevazione e nella gestione del Sistema Informativo sulle prestazioni del Pronto Soccorso e per il personale deputato alle indagini campionarie per la valutazione permanente dello stato di salute della popolazione.
6. Realizzazione di opportune ed efficaci campagne educative e promozionali con strategie di comunicazione diversificate in rapporto alle fasce di utenza specifiche, anche in collaborazione con le associazioni interessate (federCASalinghe).

PIANO OPERATIVO

L'evento da sorvegliare è definito come l'infortunio domestico che giunge all'osservazione presso il Pronto Soccorso:

- Monitoraggio del fenomeno attraverso la rilevazione degli infortuni domestici pervenuti nei Pronto Soccorso e nei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione ospedalieri della Regione;
- informatizzazione dei Servizi di PS con software dedicato che preveda l'adozione di una scheda individuale di rilevazione dell'evento, integrata dalle informazioni previste dal SINIACA come sotto specificato;
- integrazione dei software già operativi presso i PS con l'adozione di un modulo-interfaccia, già sviluppato dall'ISS per il SINIACA, in maniera da poter registrare le variabili di interesse senza alterare o interferire in alcun modo con la struttura informatica esistente che, oltre alle informazioni anagrafiche sul paziente, alle modalità di arrivo in PS e sulla successiva destinazione, contiene, in particolare, una descrizione sufficientemente analitica delle modalità di accadimento dell'incidente ed una descrizione della lesione per distretto corporeo e natura, sufficientemente dettagliata da consentire una prima valutazione di gravità del trauma.

PREVENZIONE

Riportando dati raccolti dalla letteratura nazionale ed internazionale, gli interventi di prevenzione degli ID ritenuti più efficaci sono quelli volti ad eliminare i rischi legati all'ambiente domestico e quelli che accompagnano provvedimenti legislativi in tema di sicurezza. Pur registrando poche evidenze dell'efficacia di interventi a carattere esclusivamente educativo/informativo, il documento raccomanda fortemente interventi intersettoriali e progettualità che integrino le iniziative di prevenzione in tema di sicurezza con campagne di tipo educativo-informativo capaci di accogliere la complessità delle circostanze e delle determinanti degli ID in cui, accanto alle competenze del SSN di tutela della salute dei cittadini, confluiscono numerosi fattori riferibili a responsabilità diverse da quelle sanitarie, in cui è fondamentale una presa di consapevolezza da parte del cittadino-utente di quanto ciascuno sia artefice del proprio stato di salute. La casistica riportata nel capitolo precedente raccoglie i dati degli ID rilevati dall'Indagine Multiscopo dell'ISTAT. Scorrendo le tabelle si noterà che molti ID avvengono in un'ampia varietà di circostanze e contesti; spesso sono riconducibili a situazioni di degrado del patrimonio abitativo, a inadeguatezza degli impianti, alla manipolazione di materiali sprovvisti dei requisiti di sicurezza, condizioni frequenti negli alloggi delle fasce più disagiate, nelle case degli anziani. Sono riconducibili anche a condizioni di solitudine in cui vivono molti anziani (categoria già a rischio per i problemi connessi al deterioramento senile),

a scarsa attenzione nel “seguire” i bambini nella loro naturale tendenza ad esplorare ogni minimo particolare del proprio ambiente, con le modalità tipiche di ciascuna fase dello sviluppo.

Per fronteggiare una tale complessità occorre mettere in atto interventi integrati e coordinati che affrontino le problematiche connesse agendo contemporaneamente su livelli diversi ed è necessario operare un salto di paradigma nella concezione della “prevenzione” che deve essere concepita nell’ottica della promozione della salute.

La Carta di Ottawa (1986) ha sottolineato con forza gli inestricabili legami esistenti tra le condizioni socioeconomiche, l’ambiente fisico, lo stile di vita delle persone e la salute ed ha evidenziato l’importanza del protagonismo dei cittadini e delle comunità per la promozione della salute.

In una tale concezione la prevenzione degli ID deve tendere a configurarsi come un’operazione sistemica, che tenga conto della complessità del campo nel quale va ad agire e deve proporre strategie che vadano a sollecitare la partecipazione dei cittadini, fare perno sulle loro potenzialità, rendendoli capaci di identificare i potenziali rischi presenti nei luoghi abituali di vita sia per adottare in primis le cautele necessarie a scongiurare i pericoli, sia per svolgere una vigilante azione di sollecitazione delle istituzioni preposte alla realizzazione o alla verifica dei presidi di sicurezza previsti dalle normative.

Si tratta di un’azione educativa volta ad agire su fattori culturali per realizzare cambiamenti stabili di comportamento in direzione della propria sicurezza che deve permeare e sottendere le specifiche iniziative di prevenzione degli ID implementate.

La Regione Campania, nell’ambito del Settore Prevenzione Assistenza Sanitaria Igiene Sanitaria, con deliberazione n. 1584 del 18.11.2005, ha accolto i principi di cui sopra ed ha emanato l’*Atto di indirizzo per AA.SS.LL. in materia di Educazione alla Salute* in cui vengono indicati alle Aziende Sanitarie Locali, riferimenti teorici e metodologici per la programmazione di azioni di educazione alla salute e al quale rimandiamo per una più esaustiva esposizione.

La progettazione di specifici interventi di prevenzione, anche nell’ambito degli ID, potrà avvalersi degli indirizzi in esso contenuti ed eventualmente dell’apporto del “Tavolo Tecnico Scientifico Consultivo per le attività di Educazione alla Salute in Regione Campania” istituito con D. D. n°21/SAN-SAS del 15 febbraio 2005 con il compito di elaborare un modello di educazione alla salute nell’ottica della *promozione della salute*.

Pianificazione degli interventi di prevenzione

Secondo quanto riportato in letteratura, gli interventi di prevenzione degli ID condotti da numerose ASL sono risultati spesso inadeguati sia nella formulazione di obiettivi, sia nella definizione dei

target, sia nella individuazione delle azioni, dei metodi e degli strumenti; per lo più costruiti su ipotesi progettuali scaturite dall'esperienza contingente più che dal confronto con evidenze riconosciute.

A tale scopo una pianificazione degli interventi più mirati ed efficaci da implementare in Regione Campania sarà consequenziale alle risultanze delle rilevazioni dell'attività di sorveglianza.

Tuttavia i dati forniti dalla citata indagine ISTAT e dal Sistema Informativo Nazionale sugli infortuni Ambientali di Civile Abitazione (SINIACA), individuano le condizioni e i soggetti che maggiormente incorrono negli ID e, coerentemente all'impostazione sin qui delineata, ci consentono di formulare delle prime indicazioni operative di natura generale che indirizzino gli interventi di prevenzione.

Definizione degli obiettivi:

- Creazione di una diffusa cultura della sicurezza nelle mura domestiche.
- Promozione di una forte cooperazione tra SSN, EE.LL., Ambiti territoriali (L. 328), enti preposti alla sicurezza, e altri centri di responsabilità competenti nelle materie che riguardano la salvaguardia della salute esprimendo forme avanzate di consultazione, di operatività e di integrazione dei percorsi amministrativi per realizzare sui territori interessati una forte integrazione tra politiche della sicurezza e politiche di tutela della salute (rete).
- Promozione di interventi *sistemici* funzionalmente al target e alla tipologia di ID, in cui si agisca nel contempo sul gruppo/eventi bersaglio e su contesti concentricamente prossimi in cui vengano individuate concause o rinforzi negativi.
- Realizzazione di interventi volti ad implementare protocolli e percorsi operativi stabili piuttosto che estemporanee e puntiformi progettualità. A tale scopo riveste particolare importanza la formazione/aggiornamento degli operatori impegnati (siano essi operatori della sanità, della scuola, degli enti preposti alla sicurezza, del privato sociale, dell'associazionismo presente sul territorio, ecc.) che devono acquisire una diversa consapevolezza di ruolo e competenze in funzione di una costante attenzione agli aspetti connessi alla sicurezza.
- Progettazione di interventi destinati prioritariamente alle fasce individuate come più a rischio: anziani (specialmente le donne) e bambini:
 - anziani:
 - coinvolgimento diretto dei MMG, preziose antenne sociali delle condizioni fisiche, relazionali e sociali degli anziani, primi e talvolta unici contatti degli anziani con il sistema sanitario e pertanto utili agenti di informazione e di

orientamento verso i servizi e le opportunità ad essi riservati anche in tema di sicurezza; realizzazione di una specifica attività di formazione rivolta ai MMG per sensibilizzarli alle tematiche della sicurezza anche per ciò che attiene la prescrizione di farmaci che alterano l'efficienza fisica e/o lo stato vigile, concordare ambiti e modalità di collaborazione.

- raccordo con le progettualità degli Ambiti territoriali di assistenza socio-sanitaria: per promuovere iniziative volte a rallentare la perdita di tono muscolare e di equilibrio (frequenti cause di ID) attraverso una mirata attività fisica sia presso i centri sociali per anziani che presso adeguate strutture sul territorio; per moltiplicare lo sforzo assistenziale nei confronti di anziani soli.

○ bambini:

- coinvolgimento dei PLS per quanto già detto a proposito dei MMG;
- attivazione dei servizi materno-infantili per la realizzazione di opuscoli divulgativi e/o di specifici programmi informativi indirizzati ai genitori reclutati in occasione delle vaccinazioni obbligatorie o durante i corsi di psicoprofilassi al parto, ecc.
- collaborazione con la scuola per promuovere l'elaborazione di unità didattiche in tema di prevenzione degli ID da inserire stabilmente nei programmi curriculari della scuola; sollecitare, nell'ambito dell'autonomia scolastica, specifiche attività didattiche in tema di sicurezza domestica rivolte a studenti, genitori ed insegnanti, con particolare riferimento alla capacità di riconoscere anomalie strutturali/impiantistiche presso le proprie abitazioni (o, perché no, presso quelle dei nonni);
- coinvolgimento degli asili nido, pubblici e privati in programmi educativo-informativi destinati ai genitori e agli insegnanti, per la prevenzione degli ID che vedono vittime bambini di età tra 0-4 anni.

Piano di formazione degli operatori partecipanti.

In ogni Azienda Sanitaria verranno intrapresi programmi di formazione ed aggiornamento specifici per l'attuazione del progetto, nonché per gli aggiornamenti scientifici inerenti il fenomeno stesso e le sue complicità. Per il corretto sviluppo del modello assistenziale delineato si propone il percorso formativo seguente, volto a formare i partecipanti alla progettazione, realizzazione e

verifica di interventi di educazione sanitaria e alla attuazione del modello organizzativo dell'assistenza integrata.

Modalità di coordinamento del progetto presso la regione

L'OER attuerà la propria funzione di progettazione, coordinamento e monitoraggio del progetto anche attraverso la definizione di uno specifico gruppo di lavoro, realizzando la stesura di piani operativi dettagliati in un documento tecnico specifico.

Fasi del progetto e tempi di attuazione

L'intero progetto avrà durata biennale e sarà attuato attraverso specifici piani operativi che saranno definiti in dettaglio dalla Regione sulla base di una preliminare rilevazione delle esperienze già acquisite e dei risultati già raggiunti nelle diverse AA.SS.LL.

Piano Finanziario

risorse	destinatari	azioni	%	
FONDI CIPE quota indistinta	Aziende Sanitarie			€ 713.221
FONDI CIPE quota obiettivi PSN				€ 786.779
totale fondi CIPE			100%	€ 1.500.000
ripartizione fondi CIPE	{ Aziende Sanitarie { <i>coordinamento Regionale</i>	{ personale (compresa formazione) { potenziamento SIS, promozione	70%	€ 1.050.000
			20%	€ 300.000
			10%	€ 150.000
ripartizione coordinamento regionale	{	{ formazione, promozione { Contratti e Collaborazioni { sistema informativo	35%	€ 52.500
			15%	€ 22.500
			50%	€ 75.000